



Dário Reis  
(Aluno nº140519005)

## ***RELATÓRIO DE TRABALHO DE PROJETO***

*Como é que os Enfermeiros integram a Espiritualidade no seu agir Profissional?*

**4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Setembro  
2016



Dário Reis  
(Aluno nº140519005)

## ***RELATÓRIO DE TRABALHO DE PROJETO***

*Como é que os Enfermeiros integram a Espiritualidade no seu agir Profissional?*

### **4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica realizado sob orientação científica da Professora Doutora Lurdes Martins

Setembro  
2016

*Espírito é uma força invisível, feita visível em toda a vida.*

Maya Angelou

## **AGRADECIMENTOS**

À Enfermeira Especialista Suzel Poucochinho, pela ajuda, pelo incentivo, pelo investir em mim enquanto Enfermeiro, permitindo a concretização deste curso.

À Professora Doutora Lurdes Martins pela orientação e por todo o seu apoio na realização deste trabalho!

À Enfermeira Especialista Monique Cabrita, pelo seu profissionalismo, pelas suas sugestões e orientações pedagógicas.

Às minhas amigas e colegas Sandrine Guerreiro e Susana Mestre, companheiras de viagem e de estudo neste percurso.

## RESUMO

Neste Relatório de Trabalho de Projeto procura-se estruturar todo o percurso desenvolvido na aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Crónica e Paliativa, através de um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), Projeto de Desenvolvimento Académico (PDA), tendo como referencial teórico de enfermagem a Teoria da Auto-transcendência de Pamela Reed, bem como uma reflexão acerca das competências de Mestre.

A área do Projeto de Desenvolvimento Académico incidiu na resposta a uma pergunta de investigação: “Como é que os enfermeiros integram a Espiritualidade na prática de enfermagem?”. Realizou-se uma Revisão Integrativa de Literatura, que visou sistematizar o conhecimento relativo à questão levantada, passando previamente por um processo de seleção de estudos, com posterior discussão e análise de dados, tendo por base a Metodologia de Trabalho de Projeto.

Este trabalho está estruturado numa sequência de enquadrar o PDA e o PAC sob o ponto de vista conceitual e teórico; contextualizar a Teoria da Auto-transcendência; introduzir o tema da “Espiritualidade em Enfermagem” como uma dimensão do cuidar; analisar e refletir sobre a prática de enfermagem desenvolvida à luz das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Crónica e Paliativa, assim como a reflexão das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. E finaliza-se com as considerações finais relativas ao desenvolvimento do presente relatório.

A espiritualidade e os cuidados espirituais são essenciais na prestação de cuidados holísticos, tendo contribuição direta na qualidade dos cuidados. A pouca uniformização conceitual sobre espiritualidade, e até mesmo a pouca formação base sobre esta dimensão transcendente do cuidar, pode contribuir em parte para que o enfermeiro não saiba ou tenha dificuldade em integrá-la na sua prática.

**Palavras-chave:** Enfermagem Médico-Cirúrgica; Competências; Metodologia de Trabalho de Projeto; Espiritualidade; Cuidados Espirituais.

## SUMMARY

This Project Work Report seeks to structure the pathway developed during the acquisition of General Competencies as a Specialist Nurse, and of Specific Competencies as a Specialist Nurse in caring for the Person in the Critical and Chronic Situation, and in the Palliative contexts. This pathway was achieved through the development of a Clinical Learning Project (CLP), a reflective report on Mastery skills, and an Academic Development Project (ADP) based on the theoretical framework of Pamela Reed – the Theory of Self-Transcendence.

The content of the Academic Development Project focuses on the attempt to answer the investigation question: “How do nurses integrate Spirituality in the nursing *praxis*?”. An Integrated Literature Revision was conducted, followed by the selection and systematization of relevant information from previous studies, and with posterior analysis and discussion of data related to the investigation question, based on the Work Project Methodology.

This work project is structured sequentially to incorporate the ADP and the CLP as a framework from a concept and theoretical perspective; to contextualize the Theory of Self – Transcendence; to introduce the theme of “Spirituality in Nursing” as a dimension for care; to analyze and reflect about the practical component in nursing (*praxis*) under the General Competencies of the Specialist Nurse, and the Specific Competencies of the Specialist Nurse for the Person in the Critical and Chronic Situation, and in the Palliative contexts; and through the reflection on Mastery competencies in Medical-Surgical nursing. Final considerations are included, relatively to the development of the actual report.

Spirituality and spiritual care are essential in providing holistic care, while contributing directly to the overall care quality. The lack of a more uniformized concept for spirituality, including the scarce information and nurse training in the dimension of transcendence, may contribute partially to the inability or difficulty for nurses in integrating spiritual care in the *praxis* context.

**Keywords:** Medical-Surgical Nursing; competencies; Project Work  
Methodology; Spirituality; spiritual care



# LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

## Abreviaturas

art. – artigo

Enf. – Enfermeiro

*et al* – “e outros”

p. – página

séc. – século

## Siglas

APA – American Psychological Association

CASP – Critical Appraisal Skills Programme

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRD – Reviews and Dissemination

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

DAE – Desfibrilhação Automática Externa

GNR – Guarda Nacional Republicana

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*

NHS – National Health Service

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAC – Projeto de Aprendizagem de Clínica

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

PDA – Projeto de Desenvolvimento Académico

PICOD – Participantes, Intervenções, Comparação, Resultados (outcomes),  
Desenho do Estudo

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIRS – Systemic Inflammatory Response Syndrome

SSCRS – Spirituality and Spiritual Care Rating Scale

UC – Unidade Curricular

VMER – Viatura Médica e Emergência Rápida

VNI – Ventilação Não Invasiva

## ÍNDICE

	p.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	15
1.1. TEORIA DA AUTO-TRANSCENDÊNCIA.....	21
1.2. ESPIRITUALIDADE EM ENFERMAGEM.....	23
<b>2. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO ACADÊMICO</b> .....	28
2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....	29
2.2. MÉTODO E ESTRATÉGIAS .....	31
2.3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
<b>3. PROJETO DE APRENDIZAGEM DE CLÍNICA</b> .....	39
3.1. PLANEAMENTO/CRONOGRAMA.....	40
3.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS .....	50
<b>4. ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA</b> .....	52
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	54
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ...	58
4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE .....	66
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	70
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	72

## APÊNDICES

<b>APÊNDICE I</b> - Ficha de Diagnóstico de Situação .....	80
<b>APÊNDICE II</b> - Ficha de Planeamento.....	87
<b>APÊNDICE III</b> - Artigo de Revisão Integrativa de Literatura.....	92
<b>APÊNDICE IV</b> - Formação – “Suporte Básico de Vida” .....	108
<b>APÊNDICE V</b> - Formação – “Manuseamento de Extintores” .....	122
<b>APÊNDICE VI</b> - Formação – “Hemoculturas - Boas Práticas de Enfermagem” .....	142

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> – Artigos selecionados .....	35
<b>QUADRO 2</b> – Competência K1 .....	42
<b>QUADRO 3</b> – Competência K2 .....	44
<b>QUADRO 4</b> – Competência K3 .....	45
<b>QUADRO 5</b> – Competência L5 .....	47
<b>QUADRO 6</b> – Competência L6 .....	49

## INTRODUÇÃO

No âmbito da frequência do 4º Curso de MEMC na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, surge o presente relatório para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica. O curso desenvolveu-se em três semestres, englobando uma componente teórica e prática. O primeiro semestre composto por unidades curriculares (UC) teóricas, sendo o segundo e terceiro semestre com as UC Médico-cirúrgica I e II com módulos teóricos e estágios I, II e III.

Os estágios realizaram-se articuladamente, num único serviço de Especialidades Médicas, de um hospital Médico-cirúrgico, cujo objetivo é proporcionar um espaço de aprendizagem que direcione ao desenvolvimento de competências especializadas comuns e específicas aos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. A aprendizagem desenvolvida permitiu desenvolver competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à enfermagem médico-cirúrgica, permitindo o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho (Nunes *et al*, 2014). Segundo o Regulamento do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Nunes *et al*, 2014) pretende-se que os estágios contribuam para que no final do curso cada formando:

1. Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica;
2. Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;
3. Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva;
4. Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;
5. Inicie, contribua para e/ou sustente investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

6. Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em enfermagem médico-cirúrgica no particular.

Para a concretização destes objetivos, tendo em consideração as Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas e as Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e/ou Crónica e Paliativa são desenvolvidos, durante os estágios, dois projetos: Projeto de Desenvolvimento Académico (PDA) e Projeto de Aprendizagem de Clínica (PAC).

Neste contexto pretende-se a elaboração de um diagnóstico de situação, planificação de atividades e estratégias, recolha de dados, análise e discussão de resultados e conclusão, para a concretização do Projeto de Desenvolvimento Académico (PDA), que consiste na elaboração de uma Revisão Integrativa de Literatura, no sentido de procurar uma resposta à pergunta: “Como os enfermeiros integram a espiritualidade no seu agir profissional?”. A metodologia utilizada na realização do PDA é, a metodologia de projeto que se baseia *“numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência”* (Ruivo et al, 2010, p.2).

Este relatório tem como objetivo geral proporcionar um momento de avaliação de todos os trabalhos desenvolvidos nos estágios III, bem como refletir sobre os conteúdos abordados nos módulos teóricos, e como objetivos específicos:

- Refletir nas aprendizagens ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à EMC;
- Refletir criticamente as aprendizagens adquiridas no domínio das competências comuns, específicas do enfermeiro especialista em EMC e competências de mestre em EMC.

Considerando que este trabalho tem como base uma metodologia reflexiva, que ilustra detalhadamente todo o processo aprendizagem ao longo do curso, no primeiro capítulo é feito um Enquadramento Teórico com base no

movimento de investigação com as principais coordenadas epistemológicas, ontológicas e metodológicas e nos conceitos que se consideram pertinentes na aquisição de conhecimentos inerentes às questões propostas. Abordar-se-á também a Teoria de Médio Alcance de Pamela Reed, bem como uma clarificação de conceitos relativos à temática: Espiritualidade em Enfermagem.

No segundo capítulo, é descrito o percurso da realização do PDA. Sendo este uma revisão integrativa de literatura, será feita uma pequena descrição do que consiste, sendo em seguida abordado a metodologia de investigação realizada, formulação do diagnóstico de situação, respetivo planeamento, execução com a discussão e análise de dados, e conclusão. No terceiro capítulo, é descrito o diagnóstico, planeamento, execução e avaliação do PAC, que orienta aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Crónica e Paliativa. Por fim, no quarto capítulo faz-se uma reflexão das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica e de mestre, assim como dos contributos teóricos lecionados.

É utilizada a norma de referenciação bibliográfica da APA no presente relatório.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo é efetuada uma abordagem ao enquadramento teórico e conceptual que orienta a realização deste trabalho e que se adequa à área de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e à pessoa em situação crónica e paliativa. O trabalho de projeto desenvolvido requereu uma conceptualização teórica subjacente que lhe permitiu dar fundamentação. De acordo com Streubert & Carpenter (2013), a investigação induz uma relação ativa com os saberes, obriga a tomar decisões, a manusear os conceitos e dados observáveis, obriga a escutar e olhar com mais atenção, a documentar e a registar pressupostos que adotamos ao longo da nossa formação.

Este relatório insere-se numa lógica de formação em que a investigação é essencial por razões pedagógicas e epistemológicas. Tanto o PAC como o PDA assentam numa projeto formativo a desenvolver tendo em conta as necessidades identificadas e fundamentadas, sendo um processo de reflexão da práxis de enfermagem em que o enfermeiro prossegue relativamente a um fenómeno de enfermagem. Visa o desenvolvimento de competências para lidar com a complexidade que caracteriza a situação de cuidados em pessoa em situação crítica e crónica e paliativa. Assim, pretende-se abordar o movimento de investigação com as principais orientações epistemológicas, ontológicas, e metodológicas através dos conceitos metaparadigmáticos, paradigma, teorias de enfermagem e teoria de médio alcance que sustentaram o nosso estudo. Após a abordagem da teoria de médio alcance de Pamela Reed, é feito um referencial teórico relativamente ao tema do projeto: “Espiritualidade em Enfermagem”.

Ser enfermeiro, segundo a sua definição legal em Portugal, é o *profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária* – REPE, art. 4 (OE, 2012). O exercício profissional da enfermagem centra-se assim, numa relação interpessoal de um



enfermeiro e uma pessoa ou um grupo de pessoas. (OE, 2001). Acreditamos que Enfermagem é uma disciplina profissional porque o seu conhecimento guia a prática. A enfermagem é assim segundo o REPE *“a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível”*.

Por vezes os cuidados prestados pelos enfermeiros necessitam ser diferenciados tendo em consideração as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que indicam níveis elevado de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas em competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2011). Neste sentido, surgem as Especialidades em Enfermagem onde o Enfermeiro Especialista é de acordo com o REPE (2012) o *“enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”*. Este aprofundamento de competências atribuídas ao enfermeiro especialista traduz-se em competências comuns, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, e em competências específicas, relativas a um campo de intervenção. Para uma implementação de cuidados especializados de qualidade em contexto médico-cirúrgico surge em Portugal o Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, que produz orientação relativamente a competências específicas para o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e situação crónica e paliativa, com regulamento de competências distintos e respetivos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados, à semelhança dos cuidados gerais.

A área de especialização em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica toma por alvo de intervenção a *“pessoa em situação de doença crítica cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância,*

*monitorização e terapêutica”* (OE, 2011). Por sua vez, a pessoa em situação de doença crónica é aquela cuja doença é *“incapacitante e terminal, ao longo do ciclo de vida e o eixo organizador é dirigido aos projetos de saúde da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, bem como aos cuidadores, à sua família, ao seu grupo social de pertença, preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar”* (OE, 2011). A Ordem dos Enfermeiros tem, assim, para além de definir as áreas de especialização a função de promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, bem como a sua regulamentação, assegurando o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional (OE, 2012). Daí que, com a criação deste organismo foram definidos padrões de qualidade dos cuidados, onde estão elucidados um enquadramento conceptual, bem como enunciados descritivos de qualidade do exercício da profissão de Enfermagem (OE, 2001).

Sendo a enfermagem uma profissão, necessita sistematizar o seu próprio conhecimento para melhorar o desempenho dos enfermeiros na sua formação contínua. Só com a aceitação pela comunidade científica de que existe um conhecimento gerado e usado por enfermeiros ao prestarem cuidados de enfermagem, foi possível às universidades criarem a área do conhecimento *Enfermagem* e permitir o desenvolvimento desta disciplina.

A enfermagem enquanto disciplina e objeto de estudo deu os seus primeiros passos com Florence Nightingale, que em meados do séc. XIX considerava a enfermagem como uma oportunidade profissional com um conteúdo específico por investigar (Lopes & Santos, 2010). A sua conceção da enfermagem incidia particularmente na prevenção e no doente, contrariando as conceções da sua época, que valorizavam, acima de tudo, a doença e a cura (Silva, 2001). Desde então têm sido vários os teóricos em enfermagem que descrevem, predizem e explicam os fenómenos dentro do domínio da enfermagem, com a finalidade de contribuir para uma prática de excelência.

Em 1984, Fawcett descreve um metaparadigma como forma de distinguir enfermagem das outras disciplinas elucidando a missão intelectual e social da disciplina de enfermagem e estabelecendo fronteiras para o seu campo de estudo. Representa o nível mais abstrato do conhecimento e pode ser definido como os *conceitos globais* que identificam os fenómenos de

interesse para uma disciplina, as relações e as proposições descritas entre os conceitos, sendo a sua função principal a identificação do objeto de estudo da disciplina. (Tomey & Alligood, 2004). Para Fawcett (2005), o metaparadigma de enfermagem é o estudo das relações entre seres humanos/pessoa, ambiente, saúde e enfermagem.

Estes quatro conceitos metaparadigmáticos da enfermagem mantiveram-se ao longo dos anos inalterados e hoje continuam a ser a referência para a sua organização (Tomey & Alligood, 2004). A Ordem dos Enfermeiros, em 2001, emitiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, onde se encontram definidos no Enquadramento Conceptual os conceitos metaparadigmáticos. Estes foram elucidados no sentido de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros, bem como na implementação de sistemas de melhoria dos cuidados de enfermagem.

Assim, está regulamentado que *Saúde* é o estado e representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o confronto emocional e espiritual. É um estado subjetivo, logo, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença. O conceito é variável no tempo, isto é, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com as circunstâncias que cada situação coloca. Neste sentido, a saúde é o reflexo de um processo contínuo e dinâmico; toda a pessoa deseja uma condição de equilíbrio que se traduz, no bem-estar físico, no controlo do sofrimento e no conforto emocional, espiritual e cultural.

*Pessoa*, por sua vez, é um ser social e agente intencional de comportamentos sustentado sem valores, crenças e desejos da natureza pessoal, o que torna cada indivíduo num ser único, com dignidade própria. A pessoa interage com o ambiente: sofre influência dele e modifica-o com os seus comportamentos durante o processo de procura incessante do equilíbrio. Na procura de uma saúde melhor, desenvolve processos sustentados nos valores, desejos e crenças da sua natureza particular. A pessoa tem de ser encarada como um ser único e indivisível.

*Ambiente* é onde as pessoas vivem e se desenvolvem, composto por componentes humanas, físicas, organizacionais, económicas, políticas e culturais, que determinam e influenciam os estilos de vida com consequência

no conceito de saúde. Na práxis, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente.

Relativamente aos *cuidados de enfermagem*, a Ordem dos Enfermeiros (2001) refere que o exercício profissional da enfermagem foca-se na relação interpessoal de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Tanto o enfermeiro, quer as pessoas clientes possuem valores, crenças e desejos da natureza única – consequência das diferentes condições ambientais. Assim, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite respeitar e compreender os outros numa perspetiva multicultural, abstendo-se de juízos de valor relativamente à pessoa, família ou comunidades, cliente dos cuidados de enfermagem. O exercício da profissão de enfermagem estabelece uma relação terapêutica dinâmica caracterizada pela parceria estabelecida com o cliente, valorizando o seu papel.

Seguindo a estrutura holárquica do conhecimento do mais abstrato para o mais concreto, após ao metaparadigma segue-se o Paradigma. Para Parker & Smith (2001) paradigma é uma integração global de conhecimentos, suposições, elementos culturais, sobre os aspetos da disciplina, compartilhados pelos membros de uma comunidade científica, sendo fundamental para o desenvolvimento da mesma. Kérouac *et al* (1994) apresentam três paradigmas em enfermagem: os paradigmas da categorização, da integração e da transformação. O paradigma da categorização baseia-se na conceção dos fenómenos isolados, como efeito direto das causas que estiveram na sua origem, não inseridos no seu contexto, identificáveis, explicáveis e mensuráveis. Isto é, nesta escola de pensamento procura-se um fator casual para a doença, com a organização dos cuidados centrados na doença, remetendo ao modelo biomédico. No paradigma da integração, os fenómenos são contextualizados e multidimensionais, vendo a pessoa como um ser bio-psico-sócio-culturo-espiritual. Os dados objetivos e subjetivos são valorizados do mesmo modo e a mudança é vista em função de múltiplos fatores prévios e de possíveis relações probabilísticas. Ou seja, a saúde e doença passam a ser encaradas com diferenciação, coexistindo numa interação dinâmica. O paradigma da transformação concebe os fenómenos como complexos e recíprocos em condições de contínua interação com um ambiente de mudança e de desequilíbrio, mas direcionados para níveis

superiores de organização. Este paradigma influenciou a Enfermagem, na compreensão dos processos de transição (Meleis, 2012) integradas num ambiente em constante evolução. Neste sentido, a pessoa é vista como um ser único, íntegro e indissociável do seu universo.

Cada paradigma contém representações de valores, crenças e ideias de uma sociedade numa determinada época, criando assim diferentes escolas de pensamento (Kuhn, 1998). Dentro de cada escola de pensamento inserem-se teorias e modelos teóricos que vão sustentar a prática e promover a qualidade dos cuidados de enfermagem. Uma teoria corresponde a um conjunto de conceitos, articulados entre si, com o objetivo de orientar a prática. Uma teoria de enfermagem, neste sentido articula os conceitos que provêm de modelos de enfermagem, ou paradigmas (Tomey & Alligood, 2004). Para Chinn & Jacobs (1978) as teorias de enfermagem têm como função descrever, prever e explicar os fenómenos de enfermagem.

Segundo Polit *et al* (2001) as teorias de enfermagem podem ser classificadas dependendo da generalidade dos seus princípios, em Metateoria, Grande Teoria, Teoria de Médio Alcance e Teoria Prática. *Metateoria* é a teoria da teoria, que identifica fenómenos específicos através de conceitos abstratos. *Grande Teoria* providencia um mapa concetual com conceitos chave e os princípios da disciplina que podem ser identificados. Para Meleis é uma conceptualização estruturada da realidade criada ou descoberta (fenómeno e respetivos relacionamentos) na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem” (Meleis, 1991:17 cit. por Tomey & Alligood, 2004). A *Teoria de Médio Alcance* é mais precisa e analisa unicamente uma situação particular com um número limitado de variáveis. Isto é, integra um único foco de interesse. São o conjunto de conceitos relacionados num nível de abstração menor, que sugere uma realidade própria dos pormenores da prática de enfermagem, que podem incluir características da práxis, estados de saúde, clientes, localização ou área de atuação do enfermeiro ou a intervenção e resultado proposto (Tomey & Alligood, 2004). Para Smith & Liehr (2008) esta tipologia de teoria desenvolve-se a partir da intersecção da prática e da investigação como o intuito de direcionar a práxis e o progresso da disciplina de enfermagem. *Teoria Prática*,

por último, explora uma situação particular em enfermagem, onde são identificados objetivos específicos a alcançar.

Fazendo a analogia das teorias de enfermagem com os paradigmas mencionados anteriormente, segundo Colley (2003) pode-se associar ao Paradigma da Integração a teoria das necessidades de Roper, Logan e Tierney, da interação de Peplau e dos efeitos desejados de Roy, por exemplo. Ao Paradigma da Transformação a teoria do Cuidar de Jean Watson, as teorias do Ser Humano de Rosemarie Parse e Margareth Newman. Estas últimas Grandes Teorias, correspondentes ao Paradigma da Transformação, ao abordarem o conceito de Auto-transcendência, dão fundamentação à Teoria de Médio Alcance de Pamela Reed, que é o alicerce do trabalho de projeto deste relatório. Esta teoria foi gerada para legitimar a natureza do crescimento não físico da pessoa e qual a sua pertinência para o desenvolvimento do bem-estar humano (Smith & Liehr, 2008).

## 1.1. TEORIA DA AUTO-TRANSCENDÊNCIA

Transcendência implica um movimento de passagem, de transposição por elevação, por mudança de nível (Lévinas, 2012). A teoria da Auto-transcendência (Smith & Liehr, 2008) é uma teoria empírica da enfermagem. Foi criada a partir do reconhecimento da natureza do desenvolvimento do ser humano e da relevância do fenómeno do desenvolvimento para o bem-estar. Representa quer uma capacidade humana quer uma força que pode ser facilitada pelo cuidador. O objetivo inicial da teoria foi a compreensão do bem-estar na vida adulta tardia. A teoria da auto-transcendência facilita a integração dos elementos complexos da vida, envelhecimento e morte.

A conceção da teoria foi influenciada por três eventos major: a continuidade do desenvolvimento, a natureza das alterações e as experiências clínicas. O desenvolvimento continua para além da adolescência, na vida adulta e através dos processos de envelhecimento e morte. A natureza das alterações no ser humano postulada por Marta Roger constitui a inspiração para o desenvolvimento da teoria. A teoria foi encorajada pelas experiências clínicas na aplicação de teorias do desenvolvimento da criança e do

adolescente. A Auto-transcendência, o Bem-estar e a Vulnerabilidade são os conceitos da teoria, que se influenciam entre si (Smith & Liehr, 2008).

A Auto-transcendência é a capacidade de expansão para além das fronteiras intra, inter e trans-pessoal; correlaciona-se com a partilha de sabedoria e integração e aceitação das alterações do envelhecimento. O bem-estar, por sua vez, é o sentimento de sentir-se completo e saudável. Os indicadores de bem-estar incluem satisfação da vida, auto-conceito positivo, esperança, felicidade e sentido de vida. O Bem-estar correlaciona-se e é um *out come* da Auto-transcendência. A vulnerabilidade, por fim, é a consciência da mortalidade e da probabilidade de experienciar eventos de vida negativos (Smith & Liehr, 2008).

A teoria foi construída de modo progressivo e tendo em consideração vários paradigmas, desde o paradigma da natureza pandimensional do homem, passando pelo paradigma de Parse até ao paradigma unitário-transformativo. Há um número crescente de estudos que providenciam suporte empírico para a teoria de Reed que redefine o processo de enfermagem. A escala de Auto-transcendência de Reed, criada em 1991, foi usada para avaliar as experiências intra, inter e transpessoais no desenvolvimento da pessoa adulta. Estudos fenomenológicos foram levados a cabo por Coward e indicaram que a Auto-transcendência é um recurso que acompanha os estados de doença e se correlaciona com indicadores de bem-estar. Reed e colaboradores identificaram a auto-aceitação e a espiritualidade como expressão da Auto-transcendência em adultos de meia-idade (Smith & Liehr, 2008).

O conceito de Auto-transcendência conotou-se com o desenvolvimento de mecanismos para ultrapassar as limitações, com aplicação prática na enfermagem, passando pelas técnicas de Auto-transcendência: meditação, oração, visualização, “revisão” da vida. Estas abordagens ajudam a pessoa a olhar para dentro e a clarificar e expandir o conhecimento acerca do eu, ou a criar um sentido e objetivo das experiências. O enfermeiro pode criar estratégias cognitivas que ajudem os clientes a integrar um evento de saúde. A psicoterapia de grupo é outra intervenção que facilita o processo de Auto-transcendência (Smith & Liehr, 2008).

Variáveis como aculturação, idade, educação, género, natureza do suporte do grupo, saúde física, tipo de ocupação e função do cuidador estão

entre os fatores que se podem moderar relações propostas pela teoria. A teoria vai para além do foco inicial nos idosos, para incluir adultos de todas as idades que experienciam vulnerabilidade. Os eventos entre os jovens e crianças devem ser alvo de investigação futura. A teoria da Auto-transcendência reflete, assim, a perspetiva da enfermagem e propõe um mecanismo pelo qual o ser humano cria bem-estar em tempos de vulnerabilidade. A Auto-transcendência pode ser um imperativo do desenvolvimento para o jovem assim como para o idoso, para o saudável e para o doente, facilitado pelos processos holísticos aplicados pelo cuidador (Smith & Liehr, 2008).

## 1.2. ESPIRITUALIDADE EM ENFERMAGEM

A espiritualidade é atualmente uma dimensão em que se observa um progressivo número de estudos pelo fato de estar presente na vida de todos, e pelo modo como torna cada pessoa num ser único e singular. Por mais avanços científicos que existam, o ser humano terá sempre a necessidade de dar resposta à questão “qual é o sentido da minha vida?”. Quando se fala em espiritualidade invoca-se o sentido e significado da vida, o sentido da nossa existência. Segundo Martins *et al* (2015) a palavra espiritualidade deriva da palavra *espírito*, que exprime a força, a essência e a energia de cada pessoa. Força, pela transcendência das leis naturais e ordens da vida, possibilitando alcançar uma dimensão misteriosa e transcendente. Para Dossey *et al* (2005) a Espiritualidade é a essência ativa e expressiva da nossa existência. Ela transmite o modo como viver e experienciar a vida, o modo como desvendar o mistério, e o modo de relacionar os diferentes aspetos da vida. É inerente à condição humana, expressa e é experienciada através da vivência e conexão com o sagrado, o Eu, os outros e a natureza. Por outro lado, Baldacchino (2011) entende espiritualidade como a força vital que incorpora as dimensões bio-psico-sociais e que poderá incluir ou excluir elementos religiosos em concordância com as crenças pessoais. Mendes *et al* (2013) elucida a espiritualidade percorrendo duas vertentes, uma mais profunda e uma mais superficial, onde podemos reconhecer, por um lado o sentido que encontramos para a vida, e por outro os comportamentos que manifestamos em publico ou



em privado que caracterizam uma vivência própria e individual desta dimensão, respetivamente.

Todas as pessoas são espirituais, integrando e interpretando a espiritualidade de diferentes modos ao longo da sua vida. Algumas pessoas, segundo Dossey *et al* (2005), defendem que existem indivíduos que não são espirituais porque não atendem a uma ordem religiosa ou acreditam em Deus. Contudo, espiritualidade é diferente de religião. A diferenciação destes conceitos é importante para a enfermagem uma vez que estes profissionais podem, de acordo com os serviços religiosos que a instituição onde trabalham oferece, personalizar o apoio prestado. Nem todas as pessoas são religiosas, mas todas são espirituais. O que isto significa?

A literatura de enfermagem e cuidados de saúde é clara quando diz que os conceitos de espiritualidade e religião não são sinónimos. Espiritualidade é parte integrante de todas as pessoas, é uma manifestação própria de cada pessoa ao “ser”, não é objeto de escolha, simplesmente “é”. Religião em si, não é essencial à existência. É uma escolha. Enquanto a espiritualidade é manifestada de diversas maneiras e experienciada de diversos modos, religião é referente a um sistema organizado de crenças e doutrinas partilhado por um grupo de pessoas. Rituais, rezas, meditações, modos de vestir e dietas são práticas associadas à religião (Dossey *et al*, 2005; Mendes *et al*, 2013). As religiões refletem compreensões particulares da espiritualidade, devido a influências culturais, valores e crenças. No entanto, é relevante mencionar que o conhecimento, por parte dos enfermeiros de história, crenças e práticas religiosas são importantes para um melhor reconhecimento das necessidades religiosas e, por sua vez, espirituais dos clientes (Dossey *et al*, 2005). Nas sociedades ocidentais, uma das barreiras na incorporação da espiritualidade nos cuidados holísticos de enfermagem, é a carência em refletir sobre os conceitos do espírito e da alma, bem como, discuti-los e expressá-los na prática dos cuidados. Para Dossey *et al* (2005) esta dificuldade com a linguagem da espiritualidade é evidente na literatura de enfermagem. De notar que, nas sociedades ocidentais, a escolha da linguagem para abordar esta temática esta geralmente limitada à ciência ou à religião derivada da tradição Judaico-cristã. Para o mesmo autor, os valores inerentes ao Judaísmo-Cristão e a relação com o Divino estão intimamente relacionados com a experiência do

sofrimento e da oração. As pessoas procuram neste sentido, a conexão com o sagrado focado em rituais de oração. No Oriente, por sua vez, a experiência do divino em cada pessoa é realizada através da meditação e diferentes exercícios espirituais.

O que se verifica atualmente, na globalidade é que muitas pessoas experimentam uma indefinição de fronteiras e uma mistura de várias tradições religiosas em relação à sua própria espiritualidade. Segundo Mendes *et al* (2013) a vivência da espiritualidade na sociedade pós-moderna não obedece às representações da sociedade cristã ocidental, em que o espiritual estava relacionado ao religioso de uma religião predominante.

De acordo com Dossey *et al* (2005) a espiritualidade reflete a essência do “ser”, a força de unificação e ânimo, o princípio da vida de cada pessoa. A espiritualidade permite viver, moldar a jornada da nossa vida, e é vital no processo de descoberta dos objetivos, significado de vida e força interior. Embora as questões do espírito transcendam a cultura, a perspectiva cultural da pessoa influencia a expressão pessoal da espiritualidade. Os valores pessoais estão enraizados na e através da espiritualidade, e são refletidos numa perspectiva cultural. A espiritualidade ajuda a encontrar um sentido no lugar no mundo, no universo, porque é prática e relevante na vida diária.

A investigação nesta área continua a demonstrar que as pessoas experienciam a espiritualidade nas relações com a fonte sagrada, a natureza, os outros e o “Eu”. Relativamente à “conexão com a fonte sagrada” esta pode ser experienciada como algo que está para além das palavras, várias culturas, tradições, indivíduos e grupos, usar nomes como força de vida, Deus, Alá, Senhor, Deusa, Absoluto, Poder supremo, espírito, luz interior, grande mistério, a via... Na conexão com a natureza, a espiritualidade é experienciada no sentido de conexão com a natureza, o ambiente e o universo. Na conexão com os outros, a espiritualidade é experienciada em relação com o conforto, o apoio, o conflito e com a ligação entre essas conexões. As pessoas vivenciam a espiritualidade através de uma ligação comum com a humanidade e nas relações particulares com os outros. A espiritualidade é relacionada com a experiência de comunidade, começando pela família. Na conexão com o “Eu” a espiritualidade envolve a consciência do eu, do que nós somos. A consciência

que permite vivenciar o momento, relacionar o corpo, mente e espírito (Dossey *et al*, 2005).

Por sua vez, o enfermeiro enquanto profissional de saúde, também é pessoa e também integra esta dimensão no seu ser. A vivência da espiritualidade é intrínseca ao ser humano e a busca da transcendência é cada vez mais individual. Neste sentido, interessa compreender o que são cuidados espirituais inerentes ao cuidar holístico em enfermagem. No processo de cura é requerido o reconhecimento espiritual de cada pessoa como ser único, onde a relação entre o cuidador e o recetor de cuidados é essencial neste processo, sendo no por sua vez uma manifestação de espiritualidade. Os assuntos espirituais não são quantificáveis, logo não podem ser totalmente explicados. Considerações de mistério, amor, sofrimento, esperança, perdão, paz, pacificação, graça, e oração são inerentes ao domínio espiritual, portanto conceitos que devem estar presentes no cuidar holístico. O mistério pode ser descrito como a verdade que está para além do entendimento. Entender o amor, como algo que transcende o lugar e o tempo, que é pessoal e universal, inclui a dimensão do amor-próprio, divino, amor pelos outros e pela vida. O sofrimento, em si pode acontecer nos níveis físico, mental emocional e espiritual, pode ser também uma experiência transformativa e varia de pessoa para pessoa. Aspetos socio-culturais, religiosos, familiares e ambientais influenciam a resposta individual ao sofrimento. É importante também entender a esperança como desejo acompanhado de expectativa de plenitude, orientada para o futuro. Perdão, por sua vez, é uma necessidade profunda e urgente da experiência humana. Crenças sobre a natureza de Deus, ou da fonte sagrada, influenciam a capacidade de oferecer e receber perdão. A paz para alguns é inseparável da justiça, reflete uma forma de estar, e não depende de circunstâncias externas. Graça contém elementos do mistério, da gratidão e surpresa. É habitualmente tida como presente da fonte sagrada ou da própria vida, permite que a pessoa ultrapasse as dificuldades circunstanciais. Oração é uma expressão de espírito, é um instinto humano profundo e representa a comunicação com Deus, ou com a fonte sagrada. É intrínseca a muitas religiões e rituais, não é sempre uma atividade completamente consciente. A oração pode influenciar no processo de cura (Benito *et al*, 2014; Dossey *et al*, 2005).

Cuidados espirituais requerem a compreensão do cuidado holístico como um processo dinâmico e integrativo da pessoa humana. A identificação de necessidades espirituais não são necessariamente indicativas de patologia ou disfunção de saúde. Os enfermeiros necessitam colaborar com as pessoas e suas famílias no sentido de identificar, planificar e desenvolver intervenções personalizadas, tendo em consideração os seus valores e objetivos de vida. Segundo Benito *et al* (2014) nos cuidados espirituais, cuidar do espírito é o aspecto fundamental do cuidar holístico em enfermagem, tem lugar no contexto das conexões significativas da vida das pessoas. Nas atitudes para o acompanhamento espiritual deve-se ter em consideração que a empatia deve ser a base do processo comunicativo, ou seja, deve haver uma certa predisposição para captar a perspectiva do outro, o seu modo peculiar de viver a realidade, valores, sentimentos, crenças. Ser congruente, exprimindo-se com autenticidade. Aceitação incondicional do outro, tendo um profundo respeito pela pessoa de quem cuida. Compaixão, como um sentimento humano que se pode manifestar a partir da conexão com o sofrimento do outro, compreende o estado emocional do outro, combinando o desejo de aliviar e reduzir o sofrimento. A presença, relacionada também com a congruência, permite estar completamente dentro da experiência do momento com a outra pessoa, a expansão da consciência e da sensação. A hospitalidade, por sua vez, trata-se da capacidade de acolher com amabilidade e generosidade o outro.

Na dimensão espiritual, existem à disposição dos enfermeiros alguns diagnósticos definidos pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), como exemplo “angústia espiritual”, que consiste no *estado em que o individuo ou grupo apresenta ou está em risco de apresentar, um distúrbio no sistema de crenças e valores que proporciona força, esperança e significado para a vida*, e “risco de angústia espiritual”, que constitui na *incapacidade de experimentar e integrar o sentido e a finalidade da vida através das relações consigo mesmo, com os outros, com a arte, música, literatura ou com um poder sobrenatural*. A CIPE, nesta temática, por sua vez menciona alguns focos de enfermagem como “crença errónea”, “crença religiosa”, “crença espiritual” e “angústia espiritual”, que nos ajudam a construir diagnósticos de enfermagem (Mendes *et al*, 2013).

## 2. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO ACADÉMICO

Durante a realização de cada Estágio (I, II, III) é proposta a realização de um Projeto de Desenvolvimento Académico, orientado no exercício clínico, tendo em consideração as Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas e as Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e/ou Crónica e Paliativa (definidas pela Ordem dos Enfermeiros). De acordo com as necessidades identificadas e fundamentadas é então selecionado um problema que será resolvido/estudado segundo a Metodologia de Projeto. Ruivo *et al* (2010) refere que a Metodologia de projeto é entendida como um conjunto de técnicas, procedimentos ou operações explícitas que permitem orientar, preparar ou produzir uma representação antecipada e definitiva de um processo de transformação do real, ou seja possibilita prever uma mudança. Tem como finalidade principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, obtém-se capacidades e competências de características pessoais pela produção e execução de projetos numa situação real. A metodologia constitui-se como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática.

No que concerne à estrutura, a mesma autora identifica cinco partes distintas na metodologia: Diagnóstico de Situação, Planeamento, Execução, Avaliação e Divulgação. A fase de Diagnóstico de Situação (APÊNDICE I) visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação problema identificada, isto é, a elaboração de um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar. Nesta fase pode-se englobar a definição de objetivos, que vão apontar os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico. O Planeamento (APÊNDICE II) consiste na elaboração de estratégias, meios e atividades a desenvolver, num plano detalhado do projeto cobrindo as várias vertentes da gestão, como por exemplo a calendarização das atividades e recursos a utilizar. A etapa da Execução da metodologia de projeto materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado. A Avaliação consiste num processo dinâmico e complexo que implica a contemplação de diversas vertentes de análise e

reflexão. Na Divulgação, por último, pretende-se que sejam divulgados os resultados obtidos após a implementação do projeto, com a elaboração do relatório final.

## 2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A Espiritualidade é uma dimensão essencial da pessoa humana, na qual está implícita na profissão de enfermagem. Sendo a Enfermagem uma disciplina do conhecimento que se traduz na realidade de uma profissão intelectual e científica, é definida também como uma ciência humana e do cuidar (Watson, 2002). Cuidar este, que requer um envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro.

Ao longo da nossa experiência profissional refletimos acerca dos cuidados de enfermagem prestados, essencialmente na relação interpessoal com o cliente, questionando-nos muitas vezes se conseguimos, realmente, produzir um resultado terapêutico. Sendo o cuidado espiritual uma competência do enfermeiro, não uma opção mas um dever na sua *praxis*, torna-se necessário que o enfermeiro desenvolva competências para a promoção desta dimensão do cuidado.

Hesbeen (2000) separa o essencial, descrito como a ação interpessoal do enfermeiro com o cliente, do acessório dos cuidados de enfermagem, sejam por exemplo as técnicas, protocolos, contexto dos cuidados. Questionamo-nos na essência, como podemos integrar na nossa prática de enfermagem a espiritualidade, uma vez que, fruto do desconhecimento, e da pouca importância atribuída a esta dimensão, consideramos não conseguir, objetivamente, traçar um rumo de investigação, nesta dimensão do cuidar. Ficamos com a percepção, tendo por base a análise do nosso contexto de trabalho, que quando se discute “espiritualidade”, os enfermeiros remetem-se aos cuidados paliativos, aos cuidados em fim de vida. Mas a espiritualidade não existe só nos clientes em fim de vida, nem nos enfermeiros que prestam cuidados a pessoas com doença oncológica e paliativa.

A reflexão sobre este tema faz parte integrante do crescimento pessoal, enquanto pessoa, cliente e enfermeiro. Acreditamos que o modo como os

enfermeiros cuidam influência diretamente de forma eficaz a recuperação da alteração de situação de saúde ou bem-estar do outro. Como enfermeiros, temos o compromisso ético e humano de procurar na nossa práxis uma intervenção holística para o cliente e família. Apoiar, assistir, ajudar, cuidar são ações que espelham uma profissão de solidariedade e compaixão, que assenta em saberes próprios, provenientes de uma longa caminhada de investigação com rigor metodológico e se impõe perante as outras ciências, como uma ciência do cuidar. Dos focos de intervenção, sejam físicos, sociais, culturais, psíquicos, mentais, emocional, ou espirituais, os enfermeiros têm o dever de compreender a saúde, na sua globalidade, e a pessoa alvo dos cuidados de enfermagem, tanto numa situação de doença ou em situação de transição de desenvolvimento (Meleis, 2012).

A Espiritualidade, intrínseca ao ser humano, é uma complexa e misteriosa dimensão do ser humano. Existe incerteza e subjetividade quando os enfermeiros definem Espiritualidade, bem como uma dificuldade em uniformizar o conceito no cuidar, que é subjetivo e dependente da vivência pessoal de quem o enuncia (Caldeira, 2011). Apesar de parecer encontrar uma vasta aceitação pela sociedade, nomeadamente, na religiosa, do ponto de vista científico só recentemente se iniciou uma procura epistemológica nesta matéria, resultante em grande parte nas naturais transições paradigmáticas partilhadas pela comunidade científica.

Nesta área, a nível nacional encontram-se realizadas teses de doutoramento e mestrado, publicados diversos artigos de revisão, investigação, reflexão e revisão sistemática da literatura, sendo que a maioria dos estudos estão mais centralizados na dimensão humana da pessoa, presente nos momentos de doença em diferentes contextos, do que na dimensão do cuidar, como processo terapêutico. Só muito recentemente Martins *et al* (2015) publicaram um artigo de investigação com uma versão portuguesa da escala *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* (SSCRS), fiável e com validade de conteúdo, que permite avaliar a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual. Isto é, embora haja investigação feita neste campo, o conhecimento acerca da espiritualidade em Enfermagem, continua em desenvolvimento, face à escassez de investigação nesta dimensão nos enfermeiros.

## 2.2. MÉTODO E ESTRATÉGIAS

Para responder ao problema levantado é realizada uma revisão integrativa da literatura. A revisão de literatura é um conceito geral usado para definir qualquer tentativa de sintetizar resultados de duas ou mais publicações sobre o mesmo tema. Esta permite identificar, sumarizar evidências e avaliar a consistência e validade externa dos achados. Os estudos de revisão usam, assim, um método que pode ser reproduzido e possibilitam aos enfermeiros o desenvolvimento de prática baseada na evidência (Ramalho, 2005).

Este PDA pretende assim, responder a uma pergunta de investigação, sendo essa pergunta integrada no objetivo geral deste projeto. Assim sendo, tem-se como objetivo geral responder ao problema: “Como é que os enfermeiros integram a Espiritualidade no seu agir profissional?” e como objetivos específicos: Realizar pesquisa bibliográfica sobre espiritualidade, diferença entre os conceitos de espiritualidade e religião, cuidados espirituais, diagnósticos e intervenções de enfermagem na CIPE relacionados com espiritualidade; Elaborar um artigo de revisão integrativa de literatura, mobilizando os conhecimentos sobre metodologia de investigação científica em enfermagem; e Apresentar os resultados obtidos, com divulgação e transferência das evidências para a prática clínica.

Relativamente aos critérios de inclusão e exclusão, para a revisão da literatura são incluídos, numa primeira aglutinação, os estudos empíricos que tenham PICOD [participantes, intervenções, comparação, resultados (outcomes), desenho do estudo] (Ramalho, 2005), que apresentem as palavras “spirituality” (espiritualidade) e “spiritual care” ou “spiritual caring” (cuidados espirituais) no resumo, que os participantes nos estudos sejam só enfermeiros, e que tenham sido publicados entre Abril de 2005 e Abril de 2015. Deste modo, são excluídos os artigos de opinião, as dissertações e teses, as revisões da literatura e os artigos que apesar de serem estudos empíricos, se refiram a profissionais de saúde, sem ser especificamente à Enfermagem.

A pesquisa bibliográfica foi feita através de bases de dados eletrónicas disponíveis no *site* da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de



Setúbal: B-On, EBSCO, ISI, Web of Knowledge, Pubmed, Scielo, e Scielo Portugal, utilizando como descritores de busca os seguintes conceitos: *spirituality in nursing practice, spirituality, nursing, nursing care, spiritual care, nurse, holistic care, espiritualidade, enfermeiro, cuidados espirituais*. Após o término da pesquisa foram identificados, por título, 160 artigos, que se revelaram pertinentes para este estudo. No entanto, pela leitura do resumo e aplicando os critérios de exclusão e inclusão, rejeitaram-se 145 artigos. Numa segunda aglutinação foram excluídos sete artigos por os participantes não serem exclusivamente enfermeiros com grau académico. Assim, aceitaram-se oito artigos para esta revisão integrativa de literatura, que correspondem à totalidade dos critérios de inclusão e respondem à questão formulada.

Na avaliação crítica da fidelidade dos artigos foi usado o *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP), que responde a três questões a serem consideradas na apreciação de um estudo: rigor, credibilidade e relevância (CASP, 2006). Todos os artigos selecionados têm uma abordagem completa e adequada relativamente aos métodos de investigação, os resultados são bem apresentados, significativos e uteis para responder à questão formulada. Com a seleção dos artigos procede-se à identificação do ano, país, o(s) autor(es), os participantes, as intervenções, comparação de instrumentos de medida, resultados (*outcomes*) e desenho do estudo, colocando-se estes dados no seguinte quadro (QUADRO 1 – Artigos selecionados) para facilitar a análise e compreensão dos conteúdos.

Autor(es)/ano/país	Participantes	Intervenções	Resultados ( <i>Outcomes</i> )	Desenho do Estudo
Bailey <i>et al</i> (2009) Republic of Ireland	22 enfermeiros que trabalham numa Unidade de Cuidados Paliativos	Para descrever as experiências de desenvolvimento do espiritual em cuidados paliativos foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. Os dados foram recolhidos ao longo de 8 semanas	A análise de conteúdo revelam cinco sub-temas: Compreensão da espiritualidade; a arte da enfermagem no cuidado espiritual; educação e aprendizagem; O desafio do cuidar espiritual; e as dimensões do tempo. Os enfermeiros neste estudo referem variações quanto à compreensão do conceito de espiritualidade, bem como a complexidade em documentar o cuidado espiritual. Descrevem o valor da presença e escuta no cuidado espiritual como base numa enfermagem holística.	Qualitativo

		(gravações das respostas foram transcritas verbatim)		
Chan (2009) China	110 enfermeiros que trabalhavam num hospital público em Setembro de 2006	Para determinar as atitudes na prática de cuidados espirituais e fatores associados na prática do cuidado espiritual, foi aplicado um questionário sobre percepções e práticas espirituais.	Os resultados mostram que os enfermeiros com crença religiosa, casados, com experiência de hospitalização no passado, que trabalham em obstetria ou ginecologia e têm maiores níveis de percepção relativamente ao cuidado espiritual, são significativamente mais propensos a praticar cuidado espiritual. Há uma correlação positiva entre as percepções de cuidados espirituais e a prática do cuidado espiritual dos enfermeiros, o que significa que quanto maior a percepção de cuidados espirituais do enfermeiro, maior é a frequência destes cuidados na prática de enfermagem.	Quantitativo
Dhamani <i>et al</i> (2011) Tanzânia	15 enfermeiros que trabalham num hospital da Tanzânia	Com o objetivo de compreender como os enfermeiros integram a espiritualidade e os cuidados espirituais foram realizadas entrevistas com questões abertas, gravadas e transcritas.	Neste estudo os conceitos encontrados foram agrupados em três grupos: Significado de cuidados espirituais, reconhecimento de necessidades espirituais, e intervenções para responder às necessidades espirituais. As definições dadas para cuidados espirituais são congruentes com as presentes na bibliografia. Das necessidades espirituais, foram identificadas a necessidade de escuta, falar e observar o ambiente. Nas intervenções religiosas, o rezar, leitura de textos religiosos, visita de religiosos/pastores, e expressões sobre fé. Nas intervenções não-religiosas, o demonstrar comportamentos éticos, compaixão, o perdão, fornecer aconselhamento e confiança.	Qualitativo
Lundberg & Kerdonfag (2010) Tailândia	30 enfermeiros Tailandeses	Para entender como enfermeiros tailandeses que trabalham em unidades de cuidados intensivos de um hospital, prestam cuidados espirituais, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com questões abertas.	Da análise de conteúdo surgiram cinco temas: proporcionar apoio psicológico, facilitar rituais religiosos e crenças culturais, comunicação com clientes e famílias, avaliação das necessidades espirituais dos clientes, mostrar respeito e facilitar a participação da família no cuidado. Os cuidados espirituais mencionados pelos enfermeiros envolvem para além dos mencionados, a compreensão, compaixão e empatia, exteriorizadas pelo conforto, o estar presente, o toque na mão do cliente, na comunicação verbal e não-verbal com clientes e família, estabelecendo ao mesmo tempo uma relação de confiança.	Qualitativo
Mahmoodishan <i>et al</i> (2010) Irão	20 enfermeiros de diferentes serviços num hospital do Irão	Realizadas entrevistas não-estruturadas aos enfermeiros para explorar a sua percepção sobre espiritualidade e assistência	O significado e o propósito da vida profissional, através da visão espírita da profissão, compromisso e responsabilidade profissional e atitude positiva; a vivência religiosa, onde se inclui a "aprovação de Deus", recompensa espiritual, aconselhamento, crença num ser supremo, interações baseadas na fé e altruísmo; e a procura	Qualitativo

		<p>espiritual. O principal foco das questões é relacionado com a integração da espiritualidade na vida profissional. Alguns participantes foram entrevistados por duas vezes para completar a recolha de dados.</p>	<p>da transcendência, necessidade de respeito, transcendência pessoal e profissional, foram temas que emergiram da análise de dados. Cuidados espirituais concentram-se em respeitar os clientes, proporcionar interações amigáveis e simpáticas, compartilhando rituais e no fortalecimento de energia interior de clientes e enfermeiros.</p>	
<p>Ozbasaran <i>et al</i> (2011) Turquia</p>	<p>348 enfermeiros de vários hospitais do este da Turquia</p>	<p>Utilizados os instrumentos/es cala "Sociodemographic data form" e "Spirituality and Spiritual Care Rating Scale" para explorar as percepções de espiritualidade e cuidado espiritual em enfermeiros turcos e investigar a relação entre as suas percepções e as variáveis demográficas.</p>	<p>Os resultados deste estudo sugerem que as percepções dos enfermeiros sobre espiritualidade são indecisas e inconclusivas, no entanto este tema tem relevância par a prática clínica. Na cultura turca o "mau-olhado" e a crença no destino estão associados à doença, bem como aos problemas da vida e da personalidade. Orar, colocar colares ou amuletos são amplamente usados nesta cultura. Porém, o estudo demonstra que os enfermeiros ignoram estas práticas no apoio espiritual prestado.</p>	<p>Quantitativo</p>
<p>Ronaldson <i>et al</i> (2012) Austrália</p>	<p>92 enfermeiros de Cuidados Paliativos e Cuidados Agudos, de três hospitais da área metropolitana de Sydney</p>	<p>Para identificar e comparar perspectivas espirituais e práticas de cuidados espirituais entre enfermeiros em contexto de cuidados paliativos e cuidados agudos, bem como possíveis barreiras ao cuidado espiritual, foram colhidos dados durante um período de seis meses, sobre dados socio-demográficos, e utilizados dois instrumentos validados e testados sobre espiritualidade e cuidado espiritual em enfermeiros: "Spiritual</p>	<p>Foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos. A prática de cuidados espirituais em cuidados paliativos é mais avançada e as perspectivas espirituais mais fortes. Nos cuidados agudos, o fator falta de tempo e privacidade é identificado como uma barreira na prestação de cuidados espirituais. O facto dos enfermeiros em cuidados paliativos serem mais velhos e terem mais experiência profissional do que os enfermeiros em cuidados agudos, pode também ser um fator que explica as diferenças observadas.</p>	<p>Quantitativo</p>

		Perspective Scale" e "Spiritual Care practice Questionnaire".		
Tiew <i>et al</i> (2013) Singapura	66 enfermeiros de oito unidades de internamento de doentes em situação paliativa, em Singapura	De modo a explorar perspectivas de enfermeiros de cuidados paliativos sobre a espiritualidade e a assistência espiritual foram selecionados oito unidades de internamento em Singapura. A colheita de dados apresentou duas partes: dados demográficos e a aplicação das escalas "Spirituality Care-Giving Scale" para avaliar a espiritualidade nos enfermeiros, e a "Escala de Lickert" na determinação das perspectivas dos enfermeiros acerca do cuidado espiritual.	Em geral, os participantes no estudo concordaram com itens da escala aplicada relacionada com o cuidado espiritual, nomeadamente perspectivas, atitudes e valores. Os resultados mostram relações estatisticamente significativas entre raça, filiação espiritual e tipo de unidade de internamento onde o enfermeiro trabalha, com a escala aplicada. Espiritualidade é entendida como universal, holística e existencial por natureza. Cuidados espirituais é entendida como centrada nos clientes, respeitando as diferentes crenças, onde estão incluídos a confiança, empatia, responsabilidade, promoção de bem-estar emocional, promover a paz, e o estar presente.	Quantitativo

#### QUADRO 1 – Artigos selecionados

### 2.3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a avaliação dos artigos verifica-se que, relativamente aos anos de publicação, dos oito artigos selecionados, seis foram publicados nos últimos cinco anos, delimitados pelos critérios de inclusão. Verifica-se assim, um aumento progressivo do número de artigos que ilustram este tema. No que concerne aos países, constata-se uma universalidade quanto à sua localização geográfica, podendo-se por sua vez analisar posteriormente os fatores culturais associados. Dos artigos analisados verifica-se que o número de participantes variou entre 15 a 348. Todos os estudos selecionados apresentam informações

significativas para a resposta à questão de partida desta revisão, uma vez que nos dados obtidos estão evidentes a espiritualidade e os cuidados espirituais na praxis de enfermagem.

Verificou-se a utilização de algumas escalas como instrumento cujo objetivo se prende a explorar as percepções dos enfermeiros sobre espiritualidade e cuidado espiritual: “Spirituality and Spiritual Care Rating Scale” (Ozbasaran *et al*, 2011), “Spiritual Perspective Scale” (Ronaldson *et al*, 2012), “Spiritual Care practice Questionnaire” (Ronaldson *et al*, 2012), “Spirituality Care-Giving Scale” (Tiew *et al*, 2013) e a “Escala de Lickert” (Tiew *et al*, 2013). Por sua vez, foi também utilizado em um estudo o instrumento “Sociodemographic data form” (Ozbasaran *et al*, 2011) para investigar a relação entre as percepções sobre espiritualidade e cuidados espirituais dos enfermeiros e as variáveis demográficas.

Através da análise dos artigos verifica-se que o bem-estar holístico deve incorporar as dimensões bio, emocional, social, cultural e também espiritual (Bailey *et al*, 2009; Chan, 2009; Dhamani *et al*, 2011, Lundberg & Kerdonfag, 2010; Ozbasaran *et al*, 2011; Tiew *et al*, 2013). Porém para se conseguir assistir ao bem-estar do cliente, os enfermeiros precisam incorporar na sua praxis, cuidados não só para o corpo e mente, mas também para a “alma” (Chan, 2009; Lundberg & Kerdonfag, 2010).

Na maior parte das vezes, os cuidados são vocacionados para o corpo, e de acordo com os estudos, os enfermeiros dão ênfase à complementaridade de que confortar o espírito implica cuidar adequadamente do corpo (Dhamani *et al*, 2011). Assim, torna-se pertinente deduzir que os cuidados espirituais são inerentes à praxis de enfermagem e à qualidade dos cuidados (Mahmoodishan *et al*, 2010)

Os enfermeiros devem ter presente que quando existe uma crise, por alteração de situação de saúde ou morte, a espiritualidade é uma dimensão no qual os clientes mais se manifestam (Dhamani *et al*, 2011). Neste sentido, os enfermeiros devem estar dotados de competência para os ajudarem a satisfazer essas necessidades, nomeadamente no cuidar em fim de vida (Bailey *et al*, 2009).

Os enfermeiros reconhecem a importância do cuidado espiritual para a diminuição de sintomas de stresse, ansiedade, associados à alteração de

situação de saúde, sendo deste modo importante o reconhecimento da importância da espiritualidade na prática de enfermagem (Lundberg & Kerdonfag, 2010; Mahmoodishan *et al*, 2010).

Uma definição clara de espiritualidade ajudaria os enfermeiros a integrar esta dimensão no cuidar, e fortalecer a relação de ajuda com a pessoa cuidada (Chan, 2009). De acordo com os artigos analisados, existem poucos elementos comuns numa tentativa de definir espiritualidade, uma vez que a espiritualidade é contextualizada dentro de cada cultura e o conceito é variável dentro de um mesmo grupo de enfermeiros (Bailey *et al*, 2009; Ozbasaran *et al*, 2011; Tiew *et al*, 2013). No entanto, sem uma correta clarificação do que é espiritualidade, podem surgir equívocos, quer na avaliação das necessidades, quer na própria prestação de cuidados espirituais (Lundberg & Kerdonfag, 2010). Complementando o facto de hoje existirem sociedades multiculturais, torna-se ainda mais imprescindível uma compreensão mútua da espiritualidade com a pessoa alvo dos cuidados, de modo a ser possível identificar necessidades, planear os cuidados e implementar cuidados espirituais pessoalizados (Lundberg & Kerdonfag, 2010).

Deste modo, para compensar esta premissa, existem outros estudos que revelam que a educação espiritual é importante para os enfermeiros, permitindo um desenvolvimento relativo à sensibilidade para as necessidades espirituais das pessoas cuidadas. Muitos enfermeiros revelam ter dificuldades em oferecer assistência espiritual, uma vez que na sua formação base não tiveram uma preparação adequada (Lundberg & Kerdonfag, 2010; Tiew *et al*, 2013).

Com a finalidade de integrar os cuidados espirituais na praxis de enfermagem, os enfermeiros devem estar à vontade com a sua própria espiritualidade, no sentido em que devem entendê-la como componente da vida (Lundberg & Kerdonfag, 2010). Usando a espiritualidade como um recurso, o enfermeiro pode manifestá-la de diversas maneiras com o cliente, através de ações de enfermagem, com o objetivo de proporcionar bem-estar espiritual. Temos como exemplos, o estar presente (Bailey *et al*, 2009; Dhamani *et al*, 2011; Lundberg & Kerdonfag, 2010), a escuta ativa (Bailey *et al*, 2009; Dhamani *et al*, 2011; Lundberg & Kerdonfag, 2010; Ozbasaran *et al*, 2011), a empatia (Lundberg & Kerdonfag, 2010; Tiew *et al*, 2013), o toque

terapêutico (Lundberg & Kerdonfag, 2010), o suporte emocional (Lundberg & Kerdonfag, 2010; Ozbasaran *et al*, 2011; Tiew *et al*, 2013), proporcionar conforto (Lundberg & Kerdonfag, 2010), respeito (Dhamani *et al*, 2011; Lundberg & Kerdonfag, 2010; Mahmoodishan *et al*, 2010), estabelecer uma relação de confiança (Tiew *et al*, 2013) ser altruísta (Mahmoodishan *et al*, 2010), demonstrar comportamentos éticos (Dhamani *et al*, 2011), de perdão (Dhamani *et al*, 2011; Lundberg & Kerdonfag, 2010), amor e compaixão (Lundberg & Kerdonfag, 2010), promover a esperança, aconselhar, ser educado, ser honesto e fiel (Dhamani *et al*, 2011). Por outro lado, podem existir ações de carácter religioso, no qual o enfermeiro pode intervir com o cliente, nomeadamente rezar, promoção de fé, leitura de escrituras religiosas, promover a presença de um teólogo (padre, pastor), encorajar o cliente a confiar em Deus (Dhamani *et al*, 2011; Lundberg & Kerdonfag, 2010).

A cultura também está patente nesta análise. Confirma-se que os significados de espiritualidade variam conforme a cultura onde os enfermeiros estão inseridos, existindo pouca uniformidade quando se tenta definir o conceito (Ozbasaran *et al*, 2011). Por outro lado, a migração com efeito na globalização, pressupõe uma necessidade destes profissionais se integrarem num ambiente multicultural, onde as necessidades e as exteriorizações espirituais se manifestam de modos bastante diversificados (Tiew *et al*, 2013).

Os próprios significados de saúde/doença diferem, bem como a diversidade de crenças, que têm uma consequência direta no cuidado espiritual para com os clientes (Ronaldson *et al*, 2012; Tiew *et al*, 2013). A cultura, se o enfermeiro não estiver devidamente preparado para a prestação de cuidados pessoalizados, pode ser uma barreira na assistência espiritual.

Para além da falta de formação e da cultura, outras barreiras podem existir na prestação de cuidados espirituais. Nomeadamente, a falta de tempo. Este é outro fator decisivo, muitas vezes devido às próprias dinâmicas dos serviços (Bailey *et al*, 2009; Ronaldson *et al*, 2012). Os enfermeiros, perante um maior número de clientes ficam limitados na disponibilidade de tempo que dispõem para a prestação de cuidados, dando menos ênfase nas interações pessoais. A falta de privacidade é outro fator mencionado (Ronaldson *et al*, 2012). As estruturas dos serviços, das enfermarias, podem ser impedimento, para que o cliente se sinta confortável para poder estabelecer com o

enfermeiro uma relação. Como a essência do cuidado espiritual é relacional, as oportunidades para estabelecer este tipo de cuidados diminuem.

Pode-se inferir que o contexto ou a natureza do serviço em que os enfermeiros prestam cuidados, poderá influenciar o conhecimento e a percepção sobre a espiritualidade (Ronaldson *et al*, 2012), os enfermeiros que trabalham em contexto de cuidados paliativos apresentaram níveis mais altos quanto à percepção da espiritualidade, e na prestação do cuidado espiritual do que os enfermeiros que trabalham em cuidados agudos. Verifica-se também uma relação entre enfermeiros com mais anos de experiência em enfermagem e uma melhor percepção sobre a espiritualidade e necessidades espirituais dos clientes, do que aqueles que têm poucos anos de experiência profissional (Ozbasaran *et al*, 2011; Ronaldson *et al*, 2012; e Tiew *et al*, 2013).

## 2.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A espiritualidade e os cuidados espirituais, tal como foi consolidado ao longo desta revisão integrativa de literatura, são essenciais na prestação de cuidados holísticos, tendo contribuição direta na qualidade dos cuidados. A pouca uniformização conceptual sobre espiritualidade, e até mesmo a pouca formação sobre esta dimensão transcendente do cuidar, pode contribuir em parte para que o enfermeiro não dê tanta importância e nem saiba como integrá-la na sua praxis. Porém, através da análise e discussão dos diferentes estudos conseguiu-se responder à questão de investigação levantada.

Torna-se evidente a importância de desenvolver investigação sobre espiritualidade e cuidados espirituais, uma vez que é necessário aprofundar uma melhor compreensão sobre esta temática, de modo a superar dificuldades ou barreiras que possam surgir.



### **3. PROJETO DE APRENDIZAGEM DE CLÍNICA**

O desenvolvimento do PAC surge como uma dimensão dos estágios, que visa a aquisição/aprofundamento das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Crónica e Paliativa. Esta dimensão também decorre de acordo com a metodologia de projeto e realizou-se num serviço de Especialidades Médicas numa Unidade Hospitalar no sul do país. O serviço é uma unidade de internamento constituída com oito enfermarias de duas camas e três enfermarias de uma cama. Neste serviço estão inseridas as Especialidades de Gastroenterologia, Pneumologia e Medicina.

O Estágio I e II permitiu-nos o diagnóstico e planeamento, respetivamente, do PAC, que foi posteriormente desenvolvido no decorrer do estágio III, com a sua fase implementação e avaliação. Como metodologia de projeto, no PAC, a aquisição de competências é feita através da mobilização de conhecimentos adquiridos no seu planeamento e subsequente implementação. Para melhor esquematizar o proposto neste projeto, ele está exposto em forma de quadro, dividido pelas Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Crónica e Paliativa de acordo com o legislado, com a respetiva subdivisão pelas unidades de competência e critério de avaliação.

#### **3.1. PLANEAMENTO/CRONOGRAMA**

O estágio I e II possibilitaram a construção do PAC, com respetivo diagnóstico e planeamento, que foi concluído no estágio III, com a sua implementação e avaliação. Este projeto apresentado em forma de quadros está dividido pelas cinco Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (QUADRO 2 – Competência K1; QUADRO 3 – Competência K2; QUADRO 4 – Competência K3; QUADRO 5 – Competência L4; QUADRO 6 – Competência L5). Assim, de acordo com o legislado são

identificados as respectivas unidades de competência e critérios de avaliação, com as atividades propostas a realizar. Para cada atividade é indicado no cronograma o momento em que uma será desenvolvida.

#### COMPETÊNCIA 1

##### **K1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;**

*Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.*

<b>Unidade de Competência</b>	<b>Critérios de Avaliação</b>	<b>Atividades</b>	<b>Cronograma</b>
<b>K1.1. — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.</b>	K1.1.1 — Identifica prontamente focos de instabilidade	Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica	Estágio I, II e III
	K1.1.2 — Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade.	Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica	Estágio I, II e III
	K1.1.3 — Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica.	Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica	Estágio I, II e III
	K1.1.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida.	Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica  Realização de Formação em Serviço para Assistentes Operacionais de Suporte Básico de Vida (SBV)	Estágio I, II e III
<b>K1.2 — Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.</b>	K1.2.1 — Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos.	Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica	Estágio I, II e III
	K1.2.2 — Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações.	Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica	Estágio I, II e III
	K1.2.3 — Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados.	Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica	Estágio I, II e III
<b>K1.3 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.</b>	K1.3.1 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar.	Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica	Estágio I, II e III
	K1.3.2 — Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psico-social e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.	Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica  Realização de Trabalho de Projeto de Desenvolvimento Académico – “Espiritualidade em Enfermagem”	Estágio I, II e III
	K1.3.3 — Garante a gestão	Prestação de cuidados à	Estágio I, II e III

	de medidas farmacológicas de combate à dor.	pessoa em situação crítica	
	K1.3.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor.	Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica	Estágio I, II e III
<b>K1.4 — Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica.</b>	K1.4.1 — Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.	Prestação de cuidados à pessoa e família em situação crítica	Estágio I, II e III
	K1.4.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.	Prestação de cuidados à pessoa e família em situação crítica	Estágio I, II e III
<b>K1.5 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.</b>	K1.5.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa/família em situação crítica.	Prestação de cuidados à pessoa e família em situação crítica	Estágio I, II e III
	K1.5.2 — Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com “barreiras à comunicação”.	Prestação de cuidados à pessoa e família em situação crítica	Estágio I, II e III
	K1.5.3 — Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.	Prestação de cuidados à pessoa e família em situação crítica	Estágio I, II e III
<b>K1.6 — Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.</b>	K1.6.2 — Reconhece o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa em situação crítica.	Prestação de cuidados à pessoa e família em situação crítica	Estágio I, II e III
	K1.6.3 — Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa em situação crítica.	Prestação de cuidados à pessoa e família em situação crítica	Estágio I, II e III
	K1.6.4 — Avalia o processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.	Prestação de cuidados à pessoa e família em situação crítica	Estágio I, II e III

## QUADRO 2 – Competência K1

Nesta competência é proposta a realização de um trabalho como forma de atingir os objetivos definidos para o estágio III. Assim, pretende-se realizar

uma formação em serviço sobre SBV para Assistentes Operacionais. Como objetivo pretende-se contribuir para um melhor desempenho da equipa de Assistentes Operacionais do serviço de Especialidades Médicas, em caso de PCR. Portanto, as atividades propostas são a realização de pesquisa bibliográfica sobre SBV, realização da formação em *Power Point*, discussão com o Enfermeiro Chefe e a Enfermeira Orientadora relativamente aos diapositivos, realização de alterações (caso necessário), realização do plano de sessão, marcação da sessão de formação, divulgação da formação através de um cartaz, realização da formação e avaliação da sessão.

Propõe-se que cada critério de avaliação seja atingido na globalidade com a realização no estágio num serviço de Especialidade Médicas, estágio de observação na VMER, bem como na reflexão da experiência profissional enquanto enfermeiro numa Unidade de Cuidados Intermédios durante seis anos.

#### **COMPETÊNCIA 2**

##### **K2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação;**

*Intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta.*

<b>Unidades de Competência</b>	<b>Crítérios de Avaliação</b>	<b>Atividades</b>	<b>Cronograma</b>
<b>K2.1 — Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência.</b>	K2.1.1 — Demonstra conhecimento do Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência.	Leiturado Plano de Emergência Interno do Serviço de Especialidades Médicas	Estágio III
	K2.1.2 — Colabora na elaboração do plano de emergência e catástrofe da Instituição/Serviço.	Realização de uma Formação em Serviço sobre manuseamento de extintores em contexto de incêndio	Estágio III
<b>K2.2 — Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe.</b>	K2.2.1 — Demonstra conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe.	Participação no exercício de proteção civil SET LOG 2015 - Azeitão	23 e 24 de Maio de 2015
	K2.2.2 — Identifica os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde.	Participação no exercício de proteção civil SET LOG 2015 – Azeitão	23 e 24 de Maio de 2015
	K2.2.3 — Atribui graus de urgência e decide a sequência de atuação.	Participação no exercício de proteção civil SET LOG 2015 – Azeitão	23 e 24 de Maio de 2015
	K2.2.4 — Sistematiza as ações a desenvolver em situação de catástrofe ou emergência.	Participação no exercício de proteção civil SET LOG 2015 – Azeitão	23 e 24 de Maio de 2015
<b>K2.3 — Gere os</b>	K2.3.1 Lidera a atribuição e	Participação no exercício	23 e 24 de Maio de 2015

<b>cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.</b>	desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa.	de proteção civil SET LOG 2015 – Azeitão	
	K2.3.2 Avalia em contínuo a articulação e eficácia da equipa.	Participação no exercício de proteção civil SET LOG 2015 – Azeitão	23 e 24 de Maio de 2015
	K2.3.3 Introduce medidas corretivas das inconformidades de atuação.	Participação no exercício de proteção civil SET LOG 2015 – Azeitão	23 e 24 de Maio de 2015

### QUADRO 3 – Competência K2

Nesta competência propõe-se a realização de uma formação em serviço sobre o manuseamento de extintores em caso de incêndio, cujo objetivo é contribuir para um melhor desempenho da Equipa de Enfermagem do Serviço Especialidades Médicas, no manuseamento de extintores em contexto de incêndio. As atividades a realizar são, assim, a realização de pesquisa bibliográfica sobre extintores, realização do procedimento de manuseamento de extintores, discussão do procedimento com o Enfermeiro Chefe e a Enfermeira Orientadora, realização de alterações caso necessário, submissão do procedimento ao Enfermeiro Chefe, elaboração dos diapositivos, auscultação ao Enf. Chefe e à Enf. Orientadora relativamente aos diapositivos, realização de alterações caso necessário, realização do plano de sessão, marcação da sessão de formação, divulgação da formação, através de um cartaz, realização da formação, avaliação da sessão.

Consideramos que com a participação no exercício de proteção civil Setlog 2015 – Azeitão foram atingidas a grande maioria dos critérios de avaliação, no entanto propõe-se a realização de um trabalho de formação em serviço para cobrir as restantes em falta, conforme descritos no plano.

#### COMPETÊNCIA 3

**K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.**  
Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção.

<b>Unidades de Competência</b>	<b>Crítérios de Avaliação</b>	<b>Atividades</b>	<b>Cronograma</b>
<b>K3.1 — Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às</b>	K3.1.1 — Demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das	Discussão com Enf. Orientador do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas da	Estágio I, II e III

<b>necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.</b>	Comissões de Controlo da Infecção.	Comissão de Controlo da Infecção adequadas ao Serviço de Especialidades Médicas.	
	K3.1.2 — Diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção.	Entrevista com Enf. Chefe sobre as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção.	Estágio I
	K3.1.3 — Estabelece as estratégias pro-activas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção do serviço.	Discussão com Enf. Chefe e Enf. Orientadora sobre a realização de uma formação em serviço.	Estágio II
	K3.1.4 — Atualiza o Plano de Prevenção e Controlo de Infecção do Serviço com base na evidência.	Realização de uma formação em Serviço sobre “Colheita de hemoculturas” com base na reformulada Norma de Procedimento implementada recentemente no hospital.	Estágio III
<b>K3.2 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.</b>	K3.2.1 — Demonstra conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica, na prevenção e controlo da infeção.	Prestação de cuidados à pessoa e família no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III
	K3.2.2 — Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica.	Prestação de cuidados à pessoa e família no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III
	K3.2.3 — Faz cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção.	Prestação de cuidados à pessoa e família no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III
	K3.2.4 — Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas.	Prestação de cuidados à pessoa e família no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III

#### QUADRO 4 – Competência K3

A realização de uma formação sobre colheita de sangue para hemoculturas surge no sentido de atualizar conhecimentos no controlo de infeção do serviço, uma vez que foi revista a respetiva norma hospitalar e os enfermeiros do serviço manifestaram vontade em debater este assunto. Este trabalho tem como objetivo contribuir para um melhor prevenção e intervenção no controlo da infeção no Serviço. Das atividades a realizar são assim propostas a realização de pesquisa bibliográfica sobre hemoculturas e

cuidados inerentes, discussão com o Enf. Chefe e a Enf. Orientadora, elaboração dos diapositivos, auscultação ao Enf. Chefe e à Enf. Orientadora relativamente aos diapositivos, realização de alterações (caso necessário), realização do plano de sessão, marcação da sessão de formação, divulgação da formação, através de um cartaz, realização da formação e avaliação da sessão.

#### COMPETÊNCIA 4

**L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida**

*Identifica as necessidades de intervenção especializada a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal. Concebe, implementa e avalia planos de cuidados, numa abordagem abrangente, compreensiva, numa avaliação holística da saúde do indivíduo e da satisfação das necessidades, recursos, objetivos e desejos, com vista a preservar a sua Dignidade, a maximizar a sua qualidade de vida e a diminuir o seu sofrimento.*

Unidades de Competência	CrITÉrios de Avaliação	Atividades	Cronograma
<b>L5.1 — Identifica as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares.</b>	L5.1.1 — Avalia e diagnostica as necessidades de cuidados paliativos na pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, ao nível físico, psico-emocional, espiritual e sócio-familiar.	Prestação de cuidados à pessoa no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III
	L5.1.2 — Avalia e identifica os sintomas descontrolados na pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, segundo a sua intensidade e prioridade para o indivíduo, utilizando para tal escalas e ferramentas adequadas, assim como o conhecimento científico.	Prestação de cuidados à pessoa no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III
	L5.1.3 — Analisa e valoriza o peso de variáveis psico-emocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional.	Prestação de cuidados à pessoa no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III
	L5.1.4 — Avalia o grau de dependência e as necessidades de cuidados na pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, promovendo a obtenção do máximo de satisfação do doente.	Prestação de cuidados à pessoa no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III
	L5.1.5 — Identifica, em tempo útil, situações de agudização.	Prestação de cuidados à pessoa no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III
<b>L5.2 – Promove intervenções junto de pessoas com doença</b>	L5.2.1 — Objetiva os cuidados na preservação da Dignidade da pessoa	Prestação de cuidados à pessoa no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III

<b>crônica, incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares.</b>	com doença crônica, incapacitante e terminal, promovendo a sua autoestima e maximizando a sua qualidade de vida, diminuindo o seu sofrimento, respeitando a perspectiva do próprio.		
	L5.2.2 — Estabelece um plano individualizado para a pessoa com doença crônica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares.	Prestação de cuidados à pessoa no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III
	L5.2.3 — Adota medidas farmacológicas no alívio dos sintomas.	Prestação de cuidados à pessoa no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III
	L5.2.4 — Adota medidas não farmacológicas no alívio dos sintomas.	Prestação de cuidados à pessoa no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III
	L5.2.5 — Atua, em tempo útil, nas situações de agudização.	Prestação de cuidados à pessoa no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III
<b>L5.3 — Envolve cuidadores da pessoa em situação crônica, incapacitante ou terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades.</b>	L5.3.1 — Reúne periodicamente com cuidadores e/ou familiares, reavaliando as suas necessidades.	Prestação de cuidados à pessoa e família no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III
	L5.3.2 — Constrói e atualiza o plano de intervenção em parceria com os familiares e cuidadores.	Prestação de cuidados à pessoa e família no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III
<b>L5.4 — Colabora com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio.</b>	L5.4.1 — Utiliza estratégias baseadas na evidência, para o desenvolvimento do auto-conhecimento e das capacidades das pessoas com doença crônica incapacitante, seus cuidadores e familiares.	Prestação de cuidados à pessoa e família no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III
	L5.4.2 — Utiliza estratégias de comunicação e de trabalho em equipa, assim como conhecimentos teóricos e práticos relacionados com a ética, para tomar decisões adequadas que permitam uma proporcionalidade adequada no uso de terapêuticas invasivas e diagnósticas.	Prestação de cuidados à pessoa e família no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III

QUADRO 5 – Competência L5



Para além das atividades mencionadas, a realização do trabalho de PDA com o tema “Espiritualidade em Enfermagem” vai complementar a aquisição da competência L5.

#### COMPETÊNCIA 5

**L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.**

*Otimiza resultados de Cuidados Paliativos para indivíduos com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares, com necessidades complexas de cuidados, através da construção de um clima de confiança, um sentimento de solidariedade e de capacitação que vai além do desempenho de tarefas de cuidar. Esta relação terapêutica deve ser facilitada por limites mutuamente acordados, é passível de ser desenvolvida em curtos espaços de tempo, assim como adaptável a diversos contextos.*

Unidades de Competência	Crítérios de Avaliação	Atividades	Cronograma
<b>L6.1 — Promove parcerias terapêuticas com o indivíduo portador de doença crónica incapacitante, cuidadores e família.</b>	L6.1.1 — Incentiva ativamente doentes, cuidadores e seus familiares como parceiros na avaliação, planeamento, execução e avaliação de cuidados holísticos complexos, em consonância com os seus desejos e preferências.	Prestação de cuidados à pessoa e família no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III
	L6.1.2 — Identifica e defende, sistematicamente, objetivos de atuação, metas a alcançar, prioridades e decisão de cuidados a prestar, dentro de limites mutuamente acordados.	Prestação de cuidados à pessoa e família no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III
<b>L6.2 – Respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto.</b>	L6.2.1 — Integra conhecimentos avançados na vertente social, espiritual, cultural contextos e vivências de doentes, cuidadores e familiares, quando intervêm em necessidades multidimensionais.	Prestação de cuidados à pessoa e família no serviço de Especialidades Médicas  Realização do trabalho de Projeto de Desenvolvimento Académico – “Espiritualidade em Enfermagem”	Estágio I, II e III
	L6.2.2 — Demonstra resultados qualificados, individualizados e atempados de comunicação entre indivíduos, cuidadores, familiares e membros da equipa de saúde, salvaguardando necessidades individuais, desejos e respetivos cuidados.	Prestação de cuidados à pessoa e família no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III
	L6.2.3 — Apoia o doente, cuidadores e familiares, de modo continuado, nas perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto (incluindo o antecipatório e patológico).	Prestação de cuidados à pessoa e família no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III
<b>L6.3 — Negoceia objetivos/metasp de cuidados, mutuamente</b>	L6.3.1 — Suporta e consolida recursos pessoais, pontos fortes das	Prestação de cuidados à pessoa e família no serviço de Especialidades Médicas	Estágio I, II e III

<b>acordadas dentro do ambiente terapêutico.</b>	<p>peessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e família, facilitando a tomada de decisão, centrada na pessoa, a realização de objetivos/metapas definidas em confronto com necessidades de cuidados.</p>		
	<p>L6.3.2 — Utiliza ferramentas de comunicação adequadas com a pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, e com cuidadores e familiares, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas.</p>	<p>Prestação de cuidados à pessoa e família no serviço de Especialidades Médicas</p>	<p>Estágio I, II e III</p>
	<p>L6.3.3 — Ajusta o doente, cuidadores e familiares a completar, gradualmente, as tarefas de desenvolvimento em fim de vida.</p>	<p>Prestação de cuidados à pessoa e família no serviço de Especialidades Médicas</p>	<p>Estágio I, II e III</p>
<b>L6.4 — Colabora com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio.</b>	<p>L6.4.1 — Identifica fatores de risco e situações problemáticas, associadas a exaustão física e emocional.</p>	<p>Prestação de cuidados à pessoa e família no serviço de Especialidades Médicas</p>	<p>Estágio I, II e III</p>
	<p>L6.4.2 — Utiliza estratégias eficazes de auto-conhecimento para minimizar potenciais geradores de <i>stress</i> relacionados com a dependência crescente e a proximidade da morte, a pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares.</p>	<p>Prestação de cuidados à pessoa e família no serviço de Especialidades Médicas</p>	<p>Estágio I, II e III</p>
	<p>L6.4.3 — Aplica estratégias que apoiam os membros da equipa de saúde envolvidos na prestação de cuidados às diversas necessidades do indivíduo com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares.</p>	<p>Prestação de cuidados à pessoa e família no serviço de Especialidades Médicas</p>	<p>Estágio I, II e III</p>

## QUADRO 6 – Competência L6

Para além das atividades mencionadas, a realização do trabalho de PDA com o tema “Espiritualidade em Enfermagem” vai complementar a aquisição da competência L6.

### 3.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O desenvolvimento do Projeto de Aprendizagem Clínica nasce pela necessidade de adquirir e aprofundar competências específicas em Enfermagem Médico-cirúrgica, nomeadamente na área de Pessoa em Situação Crítica e Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Esta vertente do projeto foi desenvolvida no Estágio III e baseia-se na metodologia de projeto (Nunes *et al*, 2014). O PAC foi planeado nos Estágios I e II, tendo como produto final as atividades desenvolvidas, que em seguida serão descritas, tendo posterior análise reflexiva no âmbito das competências específicas em capítulo próprio.

Na concetualização primária do PAC foi proposta a realização de um estágio de observação a desenvolver no Instituto Nacional de Emergência Médica, nomeadamente na VMER. Este estágio acabou por não se concretizar devido a processos burocráticos que se prolongaram até ao final do período estipulado para a realização de estágio. Por outro lado, os turnos efetuados no serviço de Especialidades Médicas, onde decorreu o Estágio I, II e III no seu todo, foram importantes no sentido em que se conseguiram desenvolver as atividades planeadas, e assim, atingir os objetivos propostos, na aquisição de competências. Houve, portanto, a oportunidade de promover e desenvolver um conjunto de atividades e aprendizagens.

Nesta etapa foi colocada em prática tudo o que anteriormente tinha sido planeado. Segundo Ruivo *et al* (2010) na fase de elaboração "são esperados muitos resultados, nomeadamente em termos de aprendizagem, resolução de problemas e desenvolvimento de competências". Em seguida são descritas para cada competência, a execução das atividades desenvolvidas.

No objetivo proposto **"Realizar uma formação em serviço sobre SBV para Assistentes Operacionais"**, primariamente, antes da elaboração do trabalho em si, foi feito um levantamento de necessidades no serviço relativamente à formação em SBV dos Assistentes Operacionais. Em reunião com a Enfermeira Orientadora e o Enfermeiro Chefe do serviço, validou-se que estes profissionais têm formação nesta área, oferecida pela equipa de formação do centro hospitalar. No entanto, verifica-se que em situações

práticas existe alguma desorganização durante situações de paragem cardíaca no serviço. Isto é, existe insegurança no que fazer, nas atitudes e comportamentos a adotar.

Portanto, ficou decidido que se iria realizar uma formação de SBV para Assistentes Operacionais adequada ao serviço. Assim, começou-se por realizar pesquisa bibliográfica, nomeadamente em documentos do INEM, e realização dos diapositivos em programa *Power Point*. Após a realização destes foram colocados em aprovação pela Enfermeira Orientadora. A sessão foi marcada e divulgada para dia 10 de Setembro de 2015, e acabou por se realizar numa sala destinada a sessões de formação da Unidade Hospitalar.

A formação teve a duração de 60 minutos, e teve uma componente teórica e prática. Assim, foram apresentados os seguintes temas: explicação da cadeia de sobrevivência; etapas do SBV; atitudes a ter em caso de PCR e avaliação com componente prática e teórica de SBV (Valente & Catarino, 2012). A sessão teve uma grande adesão pelos profissionais, tendo comparecido a esta formação 80% dos assistentes operacionais do serviço de Especialidades Médicas. De realçar que os formandos gostaram principalmente do momento reflexivo que se fez no final da sessão, no sentido em que se debateu aspetos a melhorar na sua conduta em casos de PCR. Na avaliação teórica final da sessão verificou-se que os formandos atingiram os objetivos propostos com uma avaliação de componente prática, com recurso a manequim de SBV (APÊNDICE III – Formação “Suporte Básico de Vida” - Plano de Sessão, Diapositivos utilizados na formação).

No objetivo **“Realizar uma formação sobre manuseamento de extintores”**, esta formação surge na necessidade verificada em serviço por existir défice de conhecimento no manuseamento dos diferentes tipos de extintores existentes no serviço, quando questionado a alguns enfermeiros e assistentes operacionais. Assim, pretendeu-se com esta formação dotar os formandos de conhecimentos e práticas necessárias para compreender os fenómenos de combustão, através da identificação do tipo e classes de fogo, da seleção dos agentes e processos de extinção, bem como para conhecer as práticas seguras a adotar durante a utilização dos extintores. A finalidade desta formação será melhorar o desempenho da equipa em caso de incêndio.

Após pesquisa bibliográfica em diferentes documentos da Escola Nacional de Bombeiros (Guerra, 2007), procedeu-se à realização dos diapositivos em programa *Power Point* e colocados a aprovação pela Enfermeira Orientadora. A sessão de formação realizou-se na sala de passagem de turno no dia 22 de Setembro de 2015, para todos os profissionais do serviço, durante 60 minutos tendo sido anteriormente devidamente divulgada. Em critérios de avaliação foi realizado no final da sessão um pequeno teste de escolha múltipla, onde todos os formandos obtiveram resultados positivos. Considera-se, assim, que a sessão foi realizada com sucesso, tendo sido verbalizado também pelos formandos a importância de relembrar e debater esta temática (APÊNDICE IV – Formação “Manuseamento de Extintores” - Plano de Sessão, Diapositivos utilizados na formação e Avaliação da Sessão).

Para o objetivo **“Realizar uma formação sobre boas práticas na colheita de sangue para hemoculturas”**, dentro da área do controlo de infeção, foi recentemente revista a norma hospitalar sobre colheita de hemoculturas. Assim, a realização de uma formação sobre esta temática tem sentido uma vez que os enfermeiros manifestaram essa vontade em atualizar conhecimentos. A finalidade da formação será por sua vez contribuir para uma melhor prevenção e intervenção no controlo da infeção no serviço.

Começou-se por realizar pesquisa bibliográfica sobre hemoculturas, bem como uma reunião com a equipa da Comissão de Controlo de Infeção do hospital que me orientou no sentido de aprofundar ou direcionar a formação para os procedimentos, propriamente ditos, não descurando de toda a outra componente teórica que dá suporte ao procedimento. Isto porque, apesar das formações existentes continuam a haver em alguns serviços do hospital, percentagens elevadas de contaminação das hemoculturas.

Após a realização dos diapositivos e revistos pela enfermeira orientadora, marcou-se a data da formação para dia 18 de Setembro de 2015, bem como a sua divulgação no serviço. A formação decorreu na sala de passagem de turno do serviço, sendo que no final fez-se uma avaliação dos conteúdos abordados, em formato de teste escrito de escolha múltipla (APÊNDICE V – Formação “Hemoculturas – Boas Práticas de Enfermagem” - Plano de Sessão, Diapositivos utilizados na formação e Avaliação da Sessão).

#### 4. ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

No decorrer das aprendizagens desenvolvidas em contexto do curso de mestrado foram desenvolvidas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, bem como de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, que serão alvo de reflexão neste capítulo.

Independentemente da área de especialidade do enfermeiro especialista em Portugal, todos estes enfermeiros partilham um conjunto de domínios consideradas competências comuns. Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011), as competências clínicas especializadas possibilita ao enfermeiro especialista possuir um *“conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem apreciar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos o níveis de prevenção”*. Segundo o mesmo regulamento, Competências Comuns são as *“competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”*.

Por outro lado, as competências da área de especialização em pessoa em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica toma por alvo de intervenção a *“pessoa em situação de doença crítica cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (OE, 2011). Em contexto de pessoa em situação de doença crónica, a doença é *“incapacitante e terminal, ao longo do ciclo de vida e o eixo organizador é dirigido aos projetos de saúde da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, bem como aos cuidadores, à sua família, ao seu grupo social de pertença, preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar”* (OE, 2011). Tendo em consideração estas áreas de

intervenção são analisadas e refletidas as competências específicas já devidamente apresentadas, aquando da planificação do PAC.

O Decreto-lei 74/2006 de 25 de Março preconiza que no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional (artigo 18º, nº 4). Tendo em conta os objetivos fixados legalmente e dada a vinculação ao perfil do enfermeiro especialista, serão refletidas as competências de mestre.

#### 4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Das competências comuns estão definidos quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Relativamente às competências do domínio da **“Responsabilidade ética e legal”** o enfermeiro especialista deve ter em consideração que na complexidade dos cuidados prestados surgem diferentes problemas éticos que deve estar preparado para dar resposta. Desde a informação dada ao cliente/família, com respeito pela autonomia à dignidade e liberdade da pessoa. No acompanhamento em fim de vida, por exemplo, surgem diversas situações em que a morte do cliente é previsível e nós enfermeiros devemos defender a qualidade de vida no morrer. Surgiu uma situação em contexto de trabalho durante a realização de estágio II em que um cliente em fase terminal de doença oncológica, nas suas últimas horas de vida, foi ponderado pela equipa médica a colocação de um cateter venoso central para administração de fluidos, pelo que se intercedeu em prol do doente no sentido de respeitar a sua dignidade nos seus últimos momentos de vida, proporcionando conforto do cliente com a família. Esta situação conduz por outro lado à responsabilidade profissional nas atividades interdependentes, onde a colocação de dispositivos invasivos e administração de terapêutica definida em prescrições, pode muitas vezes ser alvo de discussão na equipa multidisciplinar, como foi no referido caso.

Por outro lado, o desenvolvimento do trabalho de projeto na sua fase de diagnóstico e planeamento foi realizado com base nos princípios éticos intrínsecos a uma boa prática de investigação em Enfermagem. Isto é, na análise crítica do tema em estudo foi importante ponderar a relevância e a adequação da questão em estudo, se traz ganhos pessoais ao investigador ou existe evidência que contribui para um bem maior ou para a comunidade de Enfermagem como um todo. Como o trabalho de projeto consiste na conceção de uma revisão de literatura é importante verificar com rigor se toda a bibliografia foi revista, se todas as citações são rigorosas em termos de referência e citação bem como as bases explícitas para a inclusão dos artigos referidos. Em contexto de aulas, contribuiu para a aquisição desta competência a frequência das Unidades Curriculares Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem, bem como o módulo Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos. Estas aulas contribuíram no desenvolvimento do pensamento abstrato e da compreensão da transversalidade das dimensões epistemológica, ética, bioética e jurídica. Por outro lado, foi possível melhorar a capacidade de raciocínio e de análise à luz da reflexão ética de diversas questões atuais em contexto de trabalho.

No domínio da **“Melhoria contínua da qualidade”** a realização de uma revisão integrativa de literatura permite estudar um determinado assunto, que no fundo vai permitir o enfermeiro especialista incorporar novos conhecimentos, que conduzem a uma melhor prestação de cuidados. No PAC estão descritas diversas formações em serviço que foram desenvolvidas ao longo do estágio III. Estas vão também ao encontro das unidades de competência do domínio da melhoria da qualidade, uma vez que são identificadas oportunidades de melhoria, estabelecidas prioridades, selecionadas estratégias e elaborados guias que vão ser orientadores de boa prática.

A manutenção de um ambiente terapêutico e seguro é uma das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança muitas vezes torna-se difícil perante diversos fatores externos como a pouca sensibilidade da equipa multidisciplinar pelo respeito da identidade, dignidade ou necessidades espirituais do indivíduo e família. No caso citado anteriormente, onde a



intervenção foi no sentido assegurar que não fosse colocado um cateter venoso central num cliente, o envolvimento da família foi decisivo. Pois, após esclarecimento do que se pretendia fazer, a família demonstrou vontade em que se respeitasse os últimos momentos daquela pessoa com dignidade.

A gestão do risco, por sua vez, é fulcral para a segurança do cliente, uma vez que está intimamente relacionado com a qualidade dos cuidados de saúde, através da promoção da saúde e prevenção de complicações (OE, 2001). O Conselho da União Europeia (2009) definiu um conjunto de recomendações sobre a segurança dos clientes associados aos cuidados de saúde. Segurança dos clientes entende-se como a não exposição de um cliente a um dano desnecessário real ou potencial associado à prestação de cuidados de saúde, sendo que a insuficiente segurança constitui um problema grave para a saúde pública. A realização do estágio permitiu refletir sobre as políticas e programas nacionais para a segurança dos clientes adotadas pelo centro hospitalar, contribuir na divulgação de informação relativamente a normas de segurança, riscos, nomeadamente no controlo de infeção relativo à tuberculose. De salientar, que durante a realização de estágio foram detetados vários casos de tuberculose em enfermeiros da instituição. Esta situação permitiu discutir a necessidade de reforço de sistemas de notificação; promoção de ensino e formação aos trabalhadores da saúde para a segurança dos clientes e profissionais; partilha de conhecimentos, experiências e boas práticas; e desenvolvimento e promoção de investigação neste domínio. A Gestão do Risco é assim, segundo Serrenheira, Sousa & Uva (2013), a cultura, processos e estruturas que sustentam a gestão efetiva de potenciais oportunidades e efeitos adversos, implicando a definição e a utilização de vários instrumentos que permitem a identificação e a avaliação dos riscos e a deteção e análise de incidentes. Garantir a qualidade implica gerir os riscos do cliente, mas também do profissional e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que se delega, assumindo a responsabilidade pelos mesmos (OE, 2012). Nesta competência foi bastante útil a frequência das aulas do módulo Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem, onde foram debatidos e analisados diversas problemáticas da segurança, no contexto dos cuidados, nomeadamente a identificação de potenciais de risco, incluindo o erro.

No domínio da **“Gestão dos cuidados”** durante o estágio houve a ocasião de participar na orientação e supervisão de tarefas delegadas e processo de tomada de decisão em contexto de chefia de equipa, juntamente com a enfermeira orientadora de estágio, uma vez que esta é substituta do Enfermeiro Chefe do serviço. Por outro lado, houve a oportunidade de otimizar, através da prestação de cuidados, o trabalho da equipa de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Em contexto de liderança e gestão de recursos, como a enfermeira orientadora assume chefia de serviço, houve a oportunidade de adquirir diversas competências como a distribuição de doentes por enfermeiros nos diferentes turnos, atualização de mapa de vagas, horários, realização de encomendas ao armazém (material clínico, por exemplo), pedidos de farmácia e pedidos de manutenção e assistência técnica. Em contexto teórico, nesta competência foi pertinente a frequência das aulas do módulo Gestão dos Cuidados de Enfermagem, onde foram identificadas as diferentes teorias de gestão nos domínios de aplicação em gerir recursos humanos e recursos materiais. Por outro lado foi possível aprender ferramentas de gestão aplicáveis em ambiente de cuidados, bem como instrumentos e indicadores de avaliação de cuidados.

As competências do domínio do **“Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”** são adquiridas maioritariamente com a realização do PDA e do PAC, que de modo auto-orientado ou autónomo, tem o objetivo de ajudar a encontrar soluções para um problemas complexos, em diferentes categorias, sejam na prestação de cuidados, relações profissionais e suporte à tomada de decisão. Exercer a profissão de enfermagem implica aceitar a formação ao longo de todo o percurso profissional, pois é um elemento determinante da qualidade dos cuidados prestados. Esta necessidade está contemplada no Art. 88 do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2012).

## 4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Na competência **“Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”**, várias foram as vivências, ao longo da experiência profissional e em contexto de aulas e estágio de mestrado, que proporcionaram o desenvolvimento desta competência específica. Relativamente às aulas ministradas no IPS, destaco os módulos das Unidades Curriculares EMC I (Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica) e EMC II (Seminário de Peritos e Intervenções de Enfermagem ao Cliente em Situação de Urgência).

No módulo Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica, houve a oportunidade de atualizar conhecimentos sobre cuidados intensivos. Várias temáticas foram abordadas desde apontamentos históricos de medicina intensiva, falência respiratória, via aérea, ventilação mecânica, interpretação de gasometria arterial, insuficiência e lesões renais, suporte circulatório, SIRS. Estas aulas proporcionaram um posterior apoio no diagnóstico e planeamento dos cuidados de enfermagem específicos, com a finalidade de proporcionar um cuidado integral dirigido a clientes/famílias com problemas decorrentes da falência multiorgânica.

Nos módulos Seminário de Peritos e Intervenções de Enfermagem ao Cliente em Situação de Urgência, foram abordados temas bastante pertinentes para a prática de enfermagem neste contexto. Realça-se a aula sobre pré-hospitalar, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, doação de órgãos, SAV e trauma. No entanto para complementar todos estes conhecimentos, no final do 3º Semestre foi proporcionado a participação no Curso de Suporte Avançado de Vida pelo Núcleo de Formação em Emergência *“Critical ESS”*. Neste curso foram abordados vários temas desde a Cadeia de Sobrevivência, SBV-DAE, Abordagem da via aérea, causas de PCR, Algoritmo de SAV, ritmos de peri-paragem, gasometrias, organização da reanimação, equipas intra-hospitalares, situações especiais de PCR, cuidados pós-reanimação e ética e deontologia em reanimação. Este curso teve uma componente teórica e prática, onde se realça como aspeto positivo a estrutura, a organização e o material utilizado no suporte das aulas práticas, que para além de ser novo,

encontra-se bastante avançado em tecnologia, permitindo-nos uma maior preparação com possíveis casos reais. Por outro lado, em contexto de estágio foi desenvolvido um trabalho, já refletido anteriormente sobre SBV para assistentes operacionais.

No serviço de Especialidades Médicas, foram inúmeras as situações onde foi possível adquirir esta competência. Destacam-se as agudizações de doença crónica, onde foram identificados prontamente focos de instabilidade, sendo importante a observação, e a monitorização do cliente, de modo a estabelecer diagnósticos de enfermagem, respondendo antecipadamente a complicações. Segundo Bastos (2012) a doença crónica é atualmente a maior responsável por grande parte da mortalidade e morbilidade, representando a causa de internamentos de repetição, por descompensação da doença e, ou, das suas consequências. Este é um fenómeno complexo, tanto pela gestão inadequada da doença, bem como o não cumprimento do regime terapêutico recomendado.

Em contexto de trabalho, numa Unidade de Cuidados Intermédios podemos realçar a gestão da administração de protocolos terapêuticos diversos. Muitas vezes nas prescrições médicas existem diversos fármacos, para finalidades diferentes, cujo papel do enfermeiro especialista para além da administração será saber identificar anteriormente potenciais interações medicamentosas, eventos adversos que podem surgir, tendo em consideração a situação de saúde do cliente, bem como entender os possíveis efeitos colaterais dos tratamentos. Acontece, mais do que uma vez, ter que se alterar o plano terapêutico. De acordo com Hammes *et al* (2008), clientes internados em unidades de medicina intensiva estão submetidos a um elevado risco de interações medicamentosas, sendo o número de fármacos/dia uma condicionante para que tal aconteça. Sendo os enfermeiros, os profissionais de saúde que acabam por conhecer melhor o historial de saúde dos seus clientes, torna-se ainda mais importante a transmissão de informações pelos enfermeiros na gestão terapêutica.

Relativamente à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, Martins (2010) alude que os clientes internados em contexto hospitalar descrevem o seu mundo como um mundo de sofrimento, e descrevem o *suffering of caring* ou “sofrimento provocado pelos cuidados” como aquele

sofrimento que pode ser independente da doença. As vivências em diferentes contextos no cuidar em situação crítica e falência orgânica permitiram desenvolver competências na identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar e implementar intervenções de enfermagem no sentido de minimizar o desconforto. Porém, existem situações em que é difícil minimizar ou anular a dor. Destaca-se a dor provocada pelos cuidados. Quantas vezes em situação crítica e falência multi-orgânica existe a necessidade do cliente ter cateter venoso periférico, cateteres arteriais, ou mesmo cateter venoso central, em que muitas vezes não se consegue numa primeira intervenção. Podemos também mencionar o facto das colheitas de hemoculturas, onde são necessárias várias punções venosas. Esta dor provocada pelos cuidados, com uma acumulação de todas estas intervenções pode produzir uma dor insuportável. É assim, essencial proporcionar bem-estar físico, deixando-a o mais confortável possível, e bem-estar psico-social e espiritual, transmitindo esperança, em que estes cuidados agressivos ao corpo têm uma finalidade, que é contribuir na sua recuperação. Na teoria do cuidar de Watson o conforto é designado como uma condição que condiciona a situação em que a pessoa se encontra. Este é considerado uma variável externa que o enfermeiro pode controlar. O conforto proporcionado pelo enfermeiro deverá ajudar a pessoa a funcionar de uma forma eficaz (Watson, 1988).

Não é só o cliente que sofre. A família também. Não de dor física, mas de dor pela ansiedade, medo consequente da instabilidade pelo seu familiar que se encontra em situação crítica e ou falência orgânica. Esta competência é das mais desafiantes, pois comunicar com a família requer uma grande capacidade humana como pessoa e profissional. Inumeráveis vezes houve a necessidade de gerir todos esses sentimentos negativos com a pessoa e família, umas vezes mais fáceis, outras mais difíceis. Transmitir uma má notícia pode desencadear tanto no emissor como no recetor, os mais variados sentimentos e atitudes, desde apatia, raiva, negação, agressividade ou até mesmo, uma aparente normalidade (Twycross, 2003).

Consideramos que com o passar dos anos, ganha-se competências em gestão de perturbações emocionais e comunicação de más notícias em situação crítica. “Confortar” a pessoa e família, não é uma intervenção que se deve realizar, mas sim uma necessidade sentida, em que devemos ao máximo

minimizar o seu sofrimento. O saber dar a informação que é necessária, o estar presente, transmitir esperança, proporcionar privacidade são exemplos de intervenções que são fulcrais na assistência à pessoa e família. Toda a incerteza sentida no cuidar em situação crítica, remete-nos para a teoria de Mishel. Esta teórica fala-nos das fontes de incerteza na vivência de ansiedade pela pessoa e família, e nos enfermeiros, como profissionais de transmissão de informação credível, promovendo a confidencialidade nas suas intervenções, com o objetivo de reduzir essas mesmas fontes de incerteza (Mishel & Clayton, 2008).

No desenvolvimento da segunda competência específica **“Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação”**, foram importantes as aulas do módulo Seminário de Peritos II, onde foram abordados temas como intervenção em catástrofe, transporte do doente crítico e abordagem ao politraumatizado. No meu ponto de vista estas aulas foram importantes pois contribuiu para atualizar e adquirir conhecimentos numa área bastante específica.

Em contexto de estágio houve a oportunidade de conhecer o Plano de Emergência Interno, bem como desenvolver uma formação em serviço sobre manuseamento de extintores em contexto de incêndio, atividade já refletida em capítulo anterior. É pertinente a abordagem destes temas em contexto de serviços hospitalares uma vez que é competência do enfermeiro especialista intervir na conceção de planos de intervenção, em situação de catástrofe, adequados ao serviço em que se encontra, bem como liderar situações neste contexto e gerir a equipa multidisciplinar.

Na aquisição desta competência foi importante também, a participação no exercício de proteção civil Setlog 2015 de Azeitão, no dia 23 e 24 de Maio de 2015. Este exercício enquadrou-se no Plano Especial de Emergência para o Risco Sísmico, e decorreu ao longo de aproximadamente 24 horas. Contou com a participação de cerca de 200 voluntários e permitiu o treino de um conjunto de situações que estão identificadas nos vários planeamentos realizados neste contexto de emergência. Foi criado um campo de deslocados com a capacidade possível para 1800 pessoas, com elementos básicos de suportam a sobrevivência da população durante o período de crise.

Na manhã de dia 23 de Maio, os cerca de 200 participantes “desalojados” concentraram-se no Azeitão Bacalhôa Parque, em Vila Nogueira, agrupados por escoteiros. Houve a oportunidade de participar em sessões de esclarecimento e simulações de sismos, nomeadamente como criar *kits* de emergências. Após esta ação os grupos foram em direção à Escola Básica de Vila Fresca, onde foram triados pelos alunos de mestrado em EMC, havendo também uma primeira avaliação do estado de saúde dos cidadãos.

Uma atividade que, bastante interessante, foi o simulacro de resgate de três vítimas numa estrutura colapsada, com posterior colaboração dos alunos de mestrado em EMC na avaliação da situação de saúde das vítimas. Esta operação juntou a equipa de busca e resgate urbano da Companhia de Bombeiros Sapadores de Setúbal e o Grupo de Intervenção de Proteção e Socorro da GNR. Na ação, foi interessante observar os dois contentores logísticos com material de última geração. Após esta demonstração, seguiu-se no final do dia a caminhada até ao “campo de desalojados”. Esta iniciativa foi importante pois conseguiu abranger na globalidade todos os critérios de avaliação das unidades de competência, e constitui uma oportunidade para treinar e refletir nos procedimentos adotados em situação de catástrofe.

A terceira competência **“Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”** tem como principal finalidade, que o enfermeiro especialista possa intervir eficazmente na prevenção e controlo de infeção face aos diferentes contextos. Como contributo para a aquisição desta competência foi essencial as aulas do módulo Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas/Controlo e Prevenção Infeção. Nestas aulas pôde-se refletir e debater sobre diferentes temáticas, nomeadamente: Comissões De Controlo de Infeção, áreas de Intervenção das CCI, vigilância epidemiológica, elaboração de normas, formação em controlo de infeção, auditorias de controlo de infeção, recomendações de boas práticas, precauções básicas e específicas. Estas aulas tiveram a sua importância no sentido em que foram importantes para relembrar as diferentes áreas de intervenção do controlo de infeção.

Segundo Pittet (2004), os profissionais de saúde devem ter a preocupação de promover o controlo de infeção, promover estratégias de modo

a adequar a formação, implementando novas formas e modelos formativos que se reflitam nas práticas. No estágio houve a oportunidade de desenvolver uma formação em serviço sobre colheita de sangue para hemoculturas. Esta iniciativa surge no sentido de atualizar conhecimentos no controlo de infeção do serviço, uma vez que foi revista a respetiva norma hospitalar e os enfermeiros do serviço manifestaram vontade em debater este assunto. Este trabalho teve como objetivo contribuir para um melhor prevenção e intervenção no controlo da infeção no Serviço, na medida em que se ao reduzir a contaminação, diminuir-se-á os resultados falsos positivos.

Por outro lado, como no serviço de Especialidades Médicas são internadas pessoas com alteração de saúde que necessitam de diferentes tipos de isolamento, foi possível prestar cuidados, nomeadamente em contexto de isolamento respiratório, por gotículas, e por contacto, utilizando os diferentes equipamentos de proteção individual, de acordo com as normas de procedimento internas a nível hospitalar.

A competência **“Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida”** foi adquirida com base na prática dos cuidados no decorrer do percurso profissional e enquanto aluno de mestrado, bem como na frequência das aulas lecionadas nos módulos Cuidados ao Cliente em Fim de Vida e Espiritualidade em Enfermagem, no terceiro semestre do curso. Nas aulas foram debatidas temáticas bastante pertinentes, como por exemplo as necessidades do doente terminal e da família, a organização dos cuidados paliativos, a carência de unidades de cuidados paliativos, a importância de investir nesta área do cuidar. Foi também importante relembrar focos de intervenção de enfermagem à pessoa e família no processo de morrer, bem como as competências do enfermeiro em cuidados paliativos. Relativamente às aulas sobre espiritualidade, tema do PDA, serviu-nos de complemento estudar todos os documentos fornecidos pela equipa docente. Espiritualidade, no fundo, visa aprofundar a capacidade de dar significância à experiência do cuidar, permitindo uma conceção integradora das diversas dimensões da pessoa humana.



Cuidar em fim de vida, tem algumas especificidades que são importantes de ser refletidas como por exemplo a identificação e respetivo planeamento e intervenção nos sintomas, como a dor, por exemplo. Para a sua identificação é necessário o recurso a escalas, para uma correta classificação, e posterior planeamento de intervenção seja por medidas farmacológicas ou não farmacológicas. As aulas sobre Dor, no módulo Seminário de Peritos, foram importantes no sentido de refletir na utilização da Morfina. Em Portugal ainda é muito pouco prescrita, comparado com outros países da Europa, sendo necessário desmistificar, entre as equipas multidisciplinares, os receios na utilização deste fármaco. Reforçando esta ideia Neto (2016) refere que recentemente, não se usava morfina a não ser nos doentes em estado agónico, pois tinha-se este fármaco como uma droga, com o elevado risco de apressar a morte e de provocar depressão respiratória. Hoje, a prática contraria estes mitos que ainda persistem e que, de não corrigidos, prejudicam muitos doentes.

Em contexto de estágio e experiência profissional diversas foram as ocasiões onde houve a oportunidade de cuidar de pessoas em fim de vida. Considera-se o conforto como uma das prioridades a ter nestes doentes, bem como à família. E, como nos diz Kolcaba (2003), proporcionar conforto implica não só o conforto físico, mas também psico-social e espiritual. Daí que muitas vezes seja importante o apoio nos valores e nas crenças, para que se consiga atenuar um pouco o sofrimento vivido provocado pela doença incapacitante. De acordo com Rossa (2013) os profissionais de saúde devem estar, assim, dotados de competência para prestar assistência e cuidados adequados, rigorosos e humanizados, mesmo quando a cura já não é possível. Cuidar de doentes em fim de vida carece da parte dos enfermeiros uma reflexão do contexto, que terá que considerar as manifestações dos seus valores culturais e espirituais e o seu envolvimento afetivo, familiar e social.

Por outro lado, para o cliente como para a família a comunicação do diagnóstico, prognóstico, ansiedades, medos vividos são fatores que provocam stresse. A comunicação torna-se, assim, o cerne do cuidar, sendo um importante instrumento de enfermagem, que requer treino e reflexão. Para Cavaco (2013) a comunicação é considerada como o alicerce da enfermagem,

a arte do cuidado holístico à pessoa e o centro de grande parte dos cuidados de saúde.

Para a aquisição da competência **“Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte”** contribuiu, para além dos módulos mencionados na competência anterior, o módulo Cuidados em Situação de Crise: Cliente e Família, no segundo semestre. Nestas aulas houve a oportunidade de abordar e refletir sobre temas com a finalidade de uma intervenção especializada ao cliente e à família, em situações de crise com impacto familiar. Debateu-se parcerias terapêuticas, no sentido em que é importante a relação entre ambos os intervenientes no processo do cuidar na identificação, planeamento, execução e avaliação. No fundo tentar proporcionar um cuidado mais holístico. Por outro lado, houve a oportunidade de debater um assunto bastante atual na discussão académica, que é a exaustão física e emocional do cuidador informal. Depressão, stresse, ansiedade, esgotamento, são alguns conceitos que surgem logo quando falamos deste tema. O encaminhamento para recursos na área da psicologia bem como o acesso para o “descanso do cuidador”, podem ser uma grande ajuda para estes familiares. Estes cuidados informais segundo Ricarte (2009) podem implicar um desgaste da saúde física e psicológica para o cuidador. Estes muitas vezes não recebem qualquer retribuição económica pela ajuda que oferecem e o cuidado prestado dentro da família não se reparte equitativamente, uma vez que existe um cuidador principal.

Em contexto de trabalho e estágio inúmeras vezes refletimos, de como poder melhorar a qualidade de vida do cliente e da sua família. Existem princípios que devem estar presentes na mente do enfermeiro quando se prestam cuidados, nomeadamente o respeito pela singularidade e autonomia. Esta humanização do processo terminal, passa por respeitar as vontades de cada pessoa e família, ajudando a pessoa a morrer com dignidade, sem dor, sem sofrimento.

### 4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Considerando a classificação dos padrões conhecimento apresentada por Carper em 1978, a construção do saber em enfermagem faz-se de diferentes formas, todas importantes. Porém, o tempo e o espaço em que vivemos hoje exige-nos um grande empenho na investigação, de modo a que a enfermagem se consiga impor no mundo académico. E para ser aceite, como uma disciplina ou área do saber, é-nos exigido cada vez mais o desenvolvimento da capacidade de investigar. Ser mestre, neste sentido, implica um nível aprofundado de conhecimentos numa área científica e capacidade para a aquisição e produção de novos conhecimentos. No caso da Enfermagem Médico-cirúrgica pressupõe-se que haja, no grau de mestre, a complementaridade da aquisição de competências especializadas de natureza profissional, com as competências do enfermeiro especialista, com conhecimento aprofundado no domínio especializado na área de Médico-cirúrgica (Decreto-lei 74/2006 de 24 de Março). O Guia de Curso do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da ESS/IPS estabelece as competências do Mestre, tendo em conta os objetivos fixados legalmente e dada a vinculação do enfermeiro especialista.

Neste sentido, na competência **“Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem”**, contribuíram os aportes teóricos das aulas de diferentes Unidades Curriculares, o estágio, os trabalhos desenvolvidos em contexto de estágio, bem como a experiência profissional. Na organização dos cuidados especializados, é importante refletir na procura permanente na excelência do exercício profissional. Enquanto mestre em enfermagem, deve-se ter um papel dinamizador, no desenvolvimento de estratégias que promovam a melhoria contínua da qualidade de cuidados, adaptando a gestão e liderança ao contexto envolvente. Benner (2001) indica que a aquisição de competências dos enfermeiros se desenvolve por diferentes estádios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Pretende-se que, enquanto mestre em enfermagem, se seja um enfermeiro perito, onde este apresenta uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e

apreende diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis.

Durante o estágio foi possível acompanhar situações, em conjunto com a Enfermeira Orientadora, em que houve a necessidade de intervir prontamente, no sentido em que a situação complexa de saúde da pessoa exigia uma tomada de decisão segura. Por outro lado, aquando da prestação de cuidados ao cliente e família, acresce a responsabilidade da supervisão dos cuidados. O acesso à evidência científica para fundamentar a prática foi possível de demonstrar através da formação em serviço realizada para assistentes operacionais.

Na competência **“Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas”**, o percurso profissional e formações efetuadas é o espelho do investimento realizado ao longo da vida. Canário (2003) reforça esta ideia e afirma que a aprendizagem ao longo da vida tem como finalidade dar resposta às crescentes exigências do mercado em termos de qualificações e competências dos seus profissionais. Este mestrado surge como uma forma de consolidar competências adquiridas e refletir sobre todas as vivências que de alguma forma, contribuem para o nosso crescimento enquanto enfermeiros. Relativamente à prática profissional, esta iniciou-se em contexto de urgência, passando grande maior parte dos anos em contexto de cuidados intermédios. Isto é, sempre na área do doente crítico, no entanto, com a oportunidade de prestar cuidados em situação crónica e paliativa. Por outro lado, houve a oportunidade de desenvolver, mais do que uma vez por ano, formação em serviço, tanto como formador e como formando. Considera-se que a participação em diversos congressos e jornadas de enfermagem foram um contributo na atualização de conhecimentos e assim, uma mais-valia no desenvolvimento desta competência.

Na competência, **“Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva”**, é importante refletir no que consiste “trabalhar em equipa”. Esta integração nas equipas pluridisciplinares implica complementar diferentes processos de trabalho, com base no conhecimento do trabalho dos outros e na valorização da participação deste na produção de cuidados. Por outro lado, existe a necessidade de construir consensos quanto

aos objetivos e resultados a serem atingidos pelos profissionais, assim como na maneira mais adequada de os alcançar. Não menos importante, trabalhar em equipa requer também a utilização das interações entre os profissionais, com vista à compreensão e ao reconhecimento recíproco de saberes e práticas autónomas (Ribeiro *et al*, 2004).

Em contexto de estágio, diversas foram as reuniões com o enfermeiro chefe do serviço, bem como as reuniões com a enfermeira orientadora, que se revelaram essenciais para a compreensão da dinâmica do serviço, bem como para delineamento dos trabalhos do PAC a serem desenvolvidos. Neste contexto, foi também útil a articulação com a equipa de Comissão e Controlo de Infecção, na realização da formação sobre hemoculturas.

Na competência, **“Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos”**, a realização do PDA foi importante no sentido em que ao longo da metodologia de projeto houve a necessidade de aplicar regras que determinaram o rumo da investigação. Por outro lado, na prestação de cuidados está intrínseca, todos os dias, a tomada de decisão, ainda mais em contexto de pessoa em situação crítica, onde existe a necessidade de intervir precocemente, com a mobilização de conhecimentos fundamentados em evidência científica. É, assim, essencial que os enfermeiros assumam a responsabilidade e os riscos inerentes às tomadas de decisão, para que a enfermagem seja efetivamente uma profissão autónoma, e exerçam a sua responsabilidade com base na deontologia profissional (Martins, 2010).

Na competência, **“Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática baseada na evidência”**, todos os trabalhos desenvolvidos ao longo do curso de mestrado, PDA e PAC, bem como a participação nas aulas (nomeadamente a Unidade Curricular Investigação), estágio e outras formações foram o cerne para que esta competência fosse adquirida. No PDA pode-se verificar claramente a metodologia de projeto, que tem como finalidade a resolução de um problema, traduzindo-se como uma ponte entre a teoria e a prática, tendo por base a investigação baseada na evidência. A prática baseada em evidências consiste em integrar as melhores evidências de pesquisa à aptidão do profissional e à preferência do cliente. De acordo com Fortin (1999) a investigação desempenha um papel importante no

estabelecimento de uma base científica para guiar a práxis de cuidados. Por outro lado, em contexto de estágio e experiência profissional verifica-se o uso de normas de procedimento, protocolos, *guidelines* de boas práticas, com o objetivo de minimizar o erro e garantir a qualidade dos cuidados.

Na aquisição da competência **“Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular”**, contribuiu a utilização da metodologia de projeto no desenvolvimento do PDA, uma vez que contribui para o desenvolvimento de conhecimento científico na área da enfermagem. O saber profissional de enfermagem resulta, assim num processo de construção, baseado numa prática fundamentada e refletida, que tem de ser centrada nos clientes e nas suas necessidades de cuidados (Fawcett *et al*, 2001). As diferentes estratégias utilizadas nas formações realizadas em contexto de estágio serviram como modelo para futuras intervenções neste sentido, uma vez que tiveram uma supervisão especializada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório surge como o culminar de uma etapa estabelecida, enquanto enfermeiro. A reflexão das atividades desenvolvidas permitiram enriquecer enquanto profissional e pessoa, muito para além dos objetivos previamente definidos no desenvolvimento e aquisição de competências dos enfermeiros especialistas em contexto de Enfermagem Médico-cirúrgica. Torna-se, assim, interessante fazer um balanço geral, do modo como decorreu não só o estágio, mas como decorreu toda a pesquisa e investigação efetuada no desenvolvimento dos trabalhos efetuados.

A realização deste relatório permitiu a mobilização de conhecimentos adquiridos em contexto de aulas lecionados três semestres, bem como fazer a ponte com a realização de estágios, onde foi possível fazer a fase de diagnóstico, planeamento execução e avaliação tanto do PDA como do PAC. No percurso efetuado no contexto de investigação, com base na metodologia e projeto, foi feita uma revisão integrativa de literatura, onde o tema foi a Espiritualidade em Enfermagem. A questão levantada foi portanto, respondida na sua globalidade, tendo sido bastante interessante todo o processo de análise e discussão dos diferentes estudos selecionados.

Relativamente ao PAC, foi delineado um caminho, no sentido de adquirir as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Crónica e Paliativa. O facto de o estágio ser feito no Centro Hospitalar, onde trabalho, é um elemento facilitador na aquisição destas competências, no sentido em que foi mais interessante identificar necessidades, recursos disponíveis, bem como no relacionamento com a equipa multidisciplinar. Relativamente aos constrangimentos, é de mencionar a conciliação da vida pessoal e profissional com a vertente académica. Conjuguar todas estas vertentes foi sem dúvida, nestes últimos dois anos, um desafio de grande aprendizagem.

Na medida em que este trabalho se apresenta como um instrumento de avaliação, considera-se que os seus objetivos foram atingidos. Este curso permitiu, assim, adquirir as Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Crónica e

Paliativa, bem como desenvolver as competências de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, no qual se assentam em padrões de conhecimento. Este conhecimento, segundo (Carper, 1978) tem uma dimensão empírica (onde se insere o científico), ética (que respeita aos princípios que orientam as decisões), estética (que respeita à harmonia, tradicionalmente designado arte de enfermagem), e desenvolvimento pessoal (o conhecimento de si, essencial na relação terapêutica). Para além desta componente importa referir que quanto ao processo formativo, foram incorporados os três domínios do saber: saber-saber (conhecimento teórico), saber-fazer (competências técnicas e profissionais), saber-ser (competências sociais e relacionais) que relacionados entre si permitem adquirir competências de modo a agir e intervir em contexto médico-cirúrgico (Dias, 2006). É importante mencionar, também, o efeito da partilha de experiências pessoais e profissionais, que contribuíram para a reflexão da praxis de enfermagem.

Este processo de aprendizagem permitiu assim, um reforço de competências, com o objetivo de ajudar a encontrar soluções para problemas de saúde complexos, em diferentes categorias, sejam na prestação de cuidados, relações profissionais e suporte à tomada de decisão. No final deste ciclo de estudos, o perfil de saída do enfermeiro especialista situa-se no nível Perito, tendo em consideração a teoria de Benner (2001). Ser Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e Crónica e Paliativa e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica responsabiliza-nos, assim, ao progressivo desenvolvimento e aprofundamento de competências em Enfermagem, sejam elas científicas, técnicas ou humanas, tendo como meta Cuidados de Enfermagem de Qualidade.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baldacchino, D. (2011). Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. *Nurse Education in Practice*, 11(1), 47-53.

Bailey, M., Moran, S., Graham, M. (2009). Creating a spiritual tapestry: nurses' experiences of delivering spiritual care to patients in na Irish hospice. *Internacional Journal of Palliative Nursing*, 15(1), 42-48

Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Benito, E., Barbero, J., Dones, M. (2014). *Espiritualidade en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos*. Madrid: Síosí Punto Gráfico.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto

Caldeira, S., Castelo Branco, Z., Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Referência*. 3(5),145-152.

Canário, R. (2003). *A “aprendizagem ao longo da vida” – Análise crítica de um conceito e de uma política*. In: Formação e Situações de Trabalho. Porto: Porto Editora.

Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advanced Nursing Science*. 1(1), 13-24.

Critical Appraisal Skills Programme [CASP]. (2006). Public Health Resource Unit. Acedido em 8 de Agosto, 2016, em:  
<http://moodle.ess.ips.pt/mod/folder/view.php?id=23824>

Cavaco, V. (2013). *(Re)Descobrir a comunicação no cuidar*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Relatório de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Chan, M. (2009). Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 19, 2128-2136

Chinn P., & Jacobs, M. (1978). A model for theory development in nursing. *Advances in Nursing Science*. 1(1), 1-11.

Colley, S. (2003). Nursing Theory: it's important to practice. *Nursing Standard*. 17(46), 33-37.

Conselho da União Europeia (2009). Recomendações do Conselho sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde: Jornal Oficial da União Europeia. Acedido a Julho 4, 2015, in <http://moodle.ess.ips.pt/mod/folder/view.php?Id=20387>

Dhamani, K., Paul, P., Olson, J., (2011). Tanzanian Nurses Understanding and Practice of Spiritual Care. *International Scholarly Research Network Nursing*.

Dias, M. (2006). *Construção e Validação de um Inventário de Competências – Contributos para a Definição de um Perfil de Competências do Enfermeiro com o Grau de Licenciado*. Lisboa: Lusociência.

Dossey, B., Keegan, L., Guzzetta, C. (2005). *Holistic Nursing. A Handbook for Practice*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Walker, P., Fitzpatrick, J. (2001). On Nursing Theories and Evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 33 (2), 115-119.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência

Guerra, A. M. (2007). *Caderno de Combate a Incêndios com Extintores*. Escola Nacional de Bombeiros, Coleção Cadernos Especializados. Sintra. 2ª Rev. Disponível no site da internet: [http://www.enb.pt/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=157&Itemid=55](http://www.enb.pt/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=157&Itemid=55);

Hammes, J., Pfuetzenreiter, F., Silveira, F., Koenig, A., Westphal, G. (2008). Potential drug interactions prevalence in intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva*. 20(4). 349-354.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem – pensamento e acção na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (1994) *La pensée infirmière*. Laval: Éditions Études Vivantes.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer

Kuhn, T. (1998). *A estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva SA.

Lévinas, Emmanuel (2012). *Deus, amorte e tempo*. Coimbra: Almedina.

Lopes, L., & Santos, S. (2010). Florence Nightingale – Apontamentos sobre A fundadora da Enfermagem Moderna. *Referência*. 3(2).

Lundberg, P. & Kerdonfag, P. (2010). Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*. 19, 1121-1128

Mahmoodishan, G., Alhani, F., Ahmadi, F., Kazemnejad, A. (2010). Iranian Nurses' perception of spirituality and Spiritual care: a qualitative content analysis study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2(6).

Martins, A., Pinto, S., Caldeira, S., Pimentel, F. (2015). Tradução e adaptação da *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* em enfermeiros portugueses de cuidados paliativos. *Referência*. 4(4), 89-97.

Martins, M. (2010). *Aliviando o Sofrimento: O Processo de Acompanhamento de Enfermagem ao Doente em Final de Vida*. Dissertação de Doutoramento, Lisboa: Universidade de Lisboa.

Martins, Z. (2010). *Autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente/permanente*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Mendes, F., Gemito, L., Cruz, D., Lopes, M. (2013). *Enfermagem Contemporânea: Dez Temas, Dez Debates*. Évora: Universidade de Évora.

Mishel, M. & Clayton, M. (2008). *Theories of uncertainty in illness in Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company

Neto, I. (2016). *Manifesto pela Morfina*. Acta Med Port, 29(3), 161-163

Nunes, L., Martins, L., & Lopes, J. (2014). *Guia Orientador dos Estágios 2º e 3º Semestres*. Setúbal: Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento concetual; enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ozbasaran, F., Ergul, S., Temel, A., Aslan, G., Coban, A. (2011). Turkish Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. *Journal of Clinical Nursing*. 20, 3102-3110

Parker, M., & Smith, M. (2001). *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Pittet, D. (2004). The Lowbury lecture: behaviour in infection control. *J Hosp Infect*. 58, 1-13.

Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2001). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization*. Philadelphia: Lippincott.

Ramalho, A. (2005). *Manual para redação de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise*. Coimbra: Formasau.

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº 122/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República nº 35 – II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica nº 124/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República nº 35 – II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Ribeiro, M., Pires, D., Blank, V., (2004). A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do Programa de Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*, 20(2).

Ricarte, L. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Porto: Dissertação de mestrado.

Ronaldson, S., Haynes, L., Aggar, C., Green, J., Carey, M. (2012). Spirituality and spiritual caring: nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments. *Journal of Clinical Nursing*. 21, 2126-2135.

Rossa, M. (2013). *A Pessoa em fim de vida – Vivências dos Enfermeiros*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, Departamento de Bioética. Tese de Mestrado em Bioética.

Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*. 15, 1-37.

Silva, H. (2001). A concepção de cuidados de enfermagem em Florence Nightingale. Sua influência na educação e na prática em enfermagem. *Nursing*. 13(154), p. 32-33.

Serranheira, F., Sousa, P., Uva, A. (2013). *Proceedings 3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente*. Lisboa: Editora Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente.

Smith, M., & Liehr, P. (2008). *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company.

Streubert, H., & Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo Humanista*. Loures: Lusociência.

Tiew, L., Kwee, J., Creedy, D., Chan, M. (2013). Hospice nurses' perspectives of spirituality. *Journal of Clinical Nursing*. 22, 2923-2933.

Toomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.

Valente, M. & Catarino, R. (2012). *Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa*. Lisboa: INEM.

Watson, J. (1988). *Le caring. Philosophie et science des soins infirmiers*. Paris: Editions Seli Arslan.

Watson, J. (2003). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

## **APÊNDICES**



**APÊNDICE I**  
**Ficha de Diagnóstico de Situação**

## Definição do Problema

<b>Estudante:</b> Dário José Pereira dos Reis
<b>Instituição:</b> Unidade Hospitalar no sul do país
<b>Serviço:</b> Especialidades Médicas
<b>Título do Projeto:</b> Espiritualidade em Enfermagem
<b>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha</b> (250 palavras):  <p>A Espiritualidade é uma dimensão essencial da pessoa humana, na qual está implícita na profissão de enfermagem. Sendo a Enfermagem uma disciplina do conhecimento que se traduz na realidade de uma profissão intelectual e científica, é definida também como uma ciência humana e do cuidar (Watson, 2002). Cuidar este, que requer um envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro.</p> <p>Ao longo da nossa experiência profissional em contexto de urgência e cuidados intermédios reflete-se acerca dos cuidados de enfermagem prestados, essencialmente na relação interpessoal com o cliente, questionando-nos muitas vezes se conseguimos, realmente, produzir um resultado terapêutico. Sendo o cuidado espiritual uma competência do enfermeiro, não uma opção mas um dever na sua práxis, torna-se necessário que o enfermeiro desenvolva competências para a promoção desta dimensão do cuidado.</p> <p>Hesbeen (2000) separa o essencial, descrito como a ação interpessoal do enfermeiro com o cliente, do acessório dos cuidados de enfermagem, sejam por exemplo as técnicas, protocolos, contexto dos cuidados. Questionamo-nos na essência, como podemos integrar na nossa práxis de enfermagem a espiritualidade, uma vez que, fruto do desconhecimento, e da pouca importância demonstrada pelas equipas no contexto de trabalho não se consegue, objetivamente, traçar um rumo de investigação, nesta dimensão do cuidar. Ficamos com a percepção, tendo por base a análise do nosso contexto de trabalho, que quando se discute “espiritualidade”, os enfermeiros remetem-se aos cuidados paliativos, aos cuidados em fim de vida. Mas a espiritualidade não existe só nos clientes em fim de vida, nem nos enfermeiros que prestam cuidados a pessoas com doença oncológica e paliativa.</p> <p>A reflexão sobre este tema faz parte integrante no crescimento pessoal, enquanto pessoa, cliente e enfermeiro. Acreditamos que o modo de como os enfermeiros</p>

cuidam influência diretamente de forma eficaz a recuperação da alteração de situação de saúde ou bem-estar do outro.

### **Diagnóstico de situação**

#### **Definição geral do problema**

Como é que os enfermeiros integram a espiritualidade no seu agir profissional?

**Análise do problema** (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras)

Como enfermeiros, temos o compromisso ético e humano de procurar na nossa práxis uma intervenção holística para o cliente e família. Apoiar, assistir, ajudar, cuidar são ações que espelham uma profissão de solidariedade e compaixão, que assenta em saberes próprios, provenientes de uma longa caminhada de investigação com rigor metodológico e se impõe perante as outras ciências, como uma ciência do cuidar.

Dos focos de intervenção, sejam físicos, sociais, culturais, psíquicos, mentais, emocional, ou espirituais, os enfermeiros têm o dever de compreender a saúde, na sua globalidade, e a pessoa alvo dos cuidados de enfermagem, tanto numa situação de doença ou em situação de transição de desenvolvimento (Meleis, 2012).

A Espiritualidade, intrínseca ao ser humano, é uma complexa e misteriosa dimensão do ser humano. Existe incerteza e subjetividade quando os enfermeiros definem Espiritualidade, bem como uma dificuldade em uniformizar o conceito no cuidar, que é subjetivo e dependente da vivência pessoal de quem o enuncia (Caldeira, 2011). Apesar de parecer encontrar uma vasta aceitação pela sociedade, nomeadamente, na religiosa, do ponto de vista científico só recentemente se iniciou uma procura epistemológica nesta matéria, resultante em grande parte nas naturais transições paradigmáticas partilhadas pela comunidade científica.

Nesta área, a nível nacional encontram-se realizadas teses de doutoramento e mestrado, publicados diversos artigos de revisão, investigação, reflexão e revisão sistemática da literatura, sendo que a maioria dos estudos estão mais centralizados na dimensão humana da pessoa, presente nos momentos de doença em diferentes contextos, do que na dimensão do cuidar, como processo terapêutico. Só muito

recentemente Martins *et al* (2015) publicaram um artigo de investigação com uma versão portuguesa da escala *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* (SSCRS), fiável e com validade de conteúdo, que permite avaliar a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual. Isto é, embora haja investigação feita neste campo, o conhecimento acerca da espiritualidade em Enfermagem, continua em desenvolvimento, face à escassez de investigação nesta dimensão nos enfermeiros.

Para responder ao problema levantado será realizada uma revisão integrativa da literatura. A revisão de literatura é um conceito geral usado para definir qualquer tentativa de sintetizar resultados de duas ou mais publicações sobre o mesmo tema. Esta permite identificar, sumarizar evidências e avaliar a consistência e validade externa dos achados. Os estudos de revisão usam, assim, um método que pode ser reproduzido e possibilitam aos enfermeiros o desenvolvimento de prática baseada na evidência (Ramalho, 2005).

Este Projeto de Desenvolvimento Académico pretende assim, responder a uma pergunta de investigação definida. Como tal, será baseado no fluxograma de três etapas e nove passos do *CRD Report*, uma publicação do *NHS Centre for Reviews and Dissemination*, da Universidade de York, Inglaterra (Ramalho, 2005). 1ª Etapa – Planeamento (identificar necessidade de revisão, preparação e desenvolvimento do projeto de revisão); 2ª Etapa – Execução (Identificação da literatura, seleção de estudos, avaliação da qualidade de estudos, extração dos dados e monitorização do processo, síntese dos dados); 3ª Etapa – apresentação e divulgação (relatório e recomendações, transferência das evidências para a prática clínica).

Relativamente aos critérios de inclusão e exclusão, para a revisão da literatura serão incluídos, numa primeira aglutinação, os estudos empíricos que tenham PICOD [participantes, intervenções, comparação, resultados (*outcomes*), desenho do estudo] (Ramalho, 2005), que apresentem as palavras “*spirituality*” (espiritualidade) no resumo, que se refira à enfermagem/enfermeiro ao longo do texto e que tenham sido publicados entre Abril de 2005 e Abril de 2015. Deste modo, serão excluídos os artigos de opinião, as dissertações e teses, as revisões da literatura e os artigos que apesar de serem estudos empíricos, se refiram a profissionais de saúde, sem ser especificamente à Enfermagem.

A pesquisa bibliográfica será feita através de bases de dados eletrónicas disponíveis no site da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal: B-On,

EBSCO, ISI, Web of Knowledge, Pubmed, Scielo, e Scielo Portugal, utilizando como descritores de busca as seguintes palavras: *spirituality in nursing practice, spirituality, nursing, nursing care, spiritual care, nurse, holistic care, espiritualidade, enfermeiro, cuidados espirituais*. Após o término da pesquisa serão identificados artigos que irão de encontro à questão abordada. No entanto, depois da leitura integral de cada estudo, será feita uma segunda aglutinação onde serão selecionados artigos que corresponderão à totalidade dos critérios de inclusão e respondiam à questão formulada. Com a seleção destes artigos proceder-se-á à identificação do ano, país, o(s) autor(es), os participantes, as intervenções, resultados e desenho do estudo, colocando-se estes dados num quadro para facilitar a análise e compreensão dos conteúdos. Para avaliação da fidelidade dos mesmos será usado o *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*.

Para atribuir significado a esta investigação será necessário ter um referencial teórico que permita visualizar o fenómeno em causa, dando um sentido de coerência ao conhecimento que se vai construindo. Como tal no trabalho será abordada a teoria de médio alcance de Pamela Reed – Teoria da transcendência. Esta teoria foi desenvolvida para reconhecer a natureza do crescimento (não físico) da pessoa e qual a sua relevância para o desenvolvimento do bem-estar humano (Smith, 2008).

#### **Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)**

No contexto do problema supra-citado, depreende-se a necessidade de descrever o conceito de espiritualidade; diferenciar os conceitos de espiritualidade e religião; clarificar o que são cuidados espirituais; e identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem na CIPE relacionados com a espiritualidade.

#### **Determinação de prioridades**

1. Identificação das necessidades de revisão;
2. Formulação da pergunta de investigação;
3. Preparação e desenvolvimento do projeto de revisão;
4. Colocação do projeto sob avaliação pelo professor orientador;
5. Estabelecer critérios de seleção e busca (fontes e estratégias usadas para

- identificar estudos primários);
6. Identificação da literatura;
  7. Seleção dos estudos;
  8. Avaliação da qualidade dos estudos;
  9. Colheita de dados;
  10. Análise dos dados;
  11. Interpretação dos dados;
  12. Realização de relatório;
  13. Divulgação.

**Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema.** Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

### **OBJETIVO GERAL**

Responder ao problema: “Como é que os enfermeiros integram a espiritualidade no seu agir profissional?”

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Realizar pesquisa bibliográfica sobre espiritualidade, diferença entre os conceitos de espiritualidade e religião, cuidados espirituais, diagnósticos e intervenções de enfermagem na CIPE relacionados com espiritualidade;
- Elaborar um artigo de revisão integrativa de literatura, mobilizando os conhecimentos sobre metodologia de investigação científica em enfermagem;
- Apresentar os resultados obtidos, com divulgação e transferência das evidências para a prática clínica.

### **Referências Bibliográficas**

Caldeira, S., Castelo Branco, Z., Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Referência* III. 5, 145-152.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (2003). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Martins, A., Pinto, S., Caldeira, S., Pimentel, F. (2015). Tradução e adaptação da *Spirituality and Spiritual Care Rating* em enfermeiros portugueses de cuidados paliativos. *Referência*. 4(4), 89-97.

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Ramalho, A. (2005). *Manual para redação de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise*. Coimbra: Formasau.

Smith, M., Liehr, P. (2008). *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company.

**APÊNDICE II**  
**Ficha de Planeamento**



## Planeamento do Projeto

<b>Estudante:</b> Dário José Pereira dos Reis	<b>Orientador:</b> Enfermeira Especialista M.
<b>Instituição:</b> Unidade Hospitalar no sul do país	<b>Serviço:</b> Especialidades Médicas
<b>Título do Projeto:</b> Espiritualidade em Enfermagem	
<p><b>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema.</b> Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):</p> <p><b><u>OBJETIVO GERAL</u></b></p> <p>Responder ao problema: “Como é que os enfermeiros integram a espiritualidade no seu agir profissional?”</p> <p><b><u>OBJETIVOS Específicos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar pesquisa bibliográfica sobre espiritualidade, diferença entre os conceitos de espiritualidade e religião, cuidados espirituais, diagnósticos e intervenções de enfermagem na CIPE relacionados com espiritualidade;</li> <li>Elaborar um artigo de revisão integrativa de literatura, mobilizando os conhecimentos sobre metodologia de investigação científica em enfermagem;</li> <li>Apresentar os resultados obtidos, com divulgação e transferência das evidências para a prática clínica.</li> </ul>	
<p><b>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</b> (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)</p>	

- Professora Orientadora
- Enfermeira Orientadora

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar pesquisa bibliográfica sobre espiritualidade, diferença entre os conceitos de espiritualidade e religião, cuidados espirituais, diagnósticos e intervenções de enfermagem na CIPE relacionados com espiritualidade;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procura de artigos científicos, revistas científicas, teses de mestrado e doutoramento que tenham como alvo de estudo a Espiritualidade em Enfermagem;</li> <li>• Procura de capítulos em livros de enfermagem sobre Espiritualidade, bem como diferença entre espiritualidade e religião, cuidados espirituais, diagnósticos e intervenções de enfermagem;</li> <li>• Seleção de informação com base na pesquisa efetuada;</li> <li>• Compilação da informação pesquisada num subcapítulo no relatório final;</li> </ul>	Professora Orientadora  Enfermeira Orientadora	Material Informático  Livros em Bibliotecas de escolas de saúde	Ver cronograma	Construção de um subcapítulo no relatório de estágio com o título “Espiritualidade em Enfermagem”
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar um artigo de revisão integrativa de literatura, mobilizando os conhecimentos sobre metodologia de investigação científica em enfermagem;</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificação da necessidade de revisão,</li> <li>2. Preparação e desenvolvimento do projeto de revisão;</li> <li>3. Identificação da literatura</li> <li>4. Seleção de estudos</li> <li>5. Avaliação da qualidade de estudos</li> <li>6. Extração dos dados e monitorização do processo,</li> <li>7. Síntese dos dados</li> <li>8. Relatório e recomendações</li> <li>9. Transferência das evidências para a prática clínica.</li> </ol> (nove passos do <i>CRD Report</i> , uma publicação do <i>NHS Centre for Reviews and Dissemination</i> , da Universidade de York, Inglaterra)	Professora Orientadora  Enfermeira Orientadora	Material informático	Ver Cronograma	Realização do artigo de revisão
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar os resultados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar como apêndice o artigo de revisão integrativa de literatura no Relatório de trabalho de Projeto.</li> </ul>	Professora Orientadora	Material informático	Ver Cronograma	Elaboração do artigo de revisão integrativa

obtidos, com divulgação e transferência das evidências para a prática clínica.		Enfermeira Orientadora		ma	de literatura
--	--	------------------------	--	----	---------------

**Cronograma:**

Atividades	Mês	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev
Realizar pesquisa bibliográfica sobre espiritualidade, diferença entre os conceitos de espiritualidade e religião, cuidados espirituais, diagnósticos e intervenções de enfermagem na CIPE relacionados com espiritualidade.	X	X	X	X	X								
Procura de artigos científicos, revistas científicas, teses de mestrado e doutoramento que tenham como alvo de estudo a Espiritualidade em Enfermagem.	X	X	X	X									
Procura de capítulos em livros de enfermagem sobre Espiritualidade, bem como diferença entre espiritualidade e religião, cuidados espirituais, diagnósticos e intervenções de enfermagem.	X	X	X	X									
Seleção de informação com base na pesquisa efetuada.				X	X								
Compilação da informação pesquisada num dossier temático.					X								
Elaborar um artigo de revisão integrativa de literatura, mobilizando os conhecimentos sobre metodologia de investigação científica em enfermagem.								X	X	X	X	X	X
1. Identificação da necessidade de revisão;	X												
2. Preparação e desenvolvimento do projeto de revisão;		X	X	X	X								
3. Identificação da literatura;								X	X				
4. Seleção de estudos;										X			
5. Avaliação da qualidade de estudos;										X			
6. Extração dos dados e monitorização do processo;											X		
7. Síntese dos dados;											X		

8. Relatório e recomendações;												X	
9. Transferência das evidências para a prática clínica.													X
Apresentar os resultados obtidos, com divulgação e transferência das evidências para a prática clínica.													X
Apresentação do artigo de revisão.													X

**Orçamento:**

Recursos Humanos: não há previsão de custos associados

Recursos Materiais: não há previsão de custos associados

**Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:**

Dificuldades na pesquisa de estudos que dão suporte à revisão através das bases de dados do IPS – Solicitar ajuda a serviços informáticos.

**APÊNDICE III**  
**Artigo de Revisão Integrativa de Literatura**

## **ARTIGO DE REVISÃO: Como é que os enfermeiros integram a Espiritualidade no seu agir profissional?**

**AUTOR:** Reis, Dário José (1)

**ORIENTADORA:** Martins, Maria Lurdes (2)

- (1) Estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal.
- (2) Professora Doutorada em Enfermagem, Coordenadora no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

### **RESUMO**

Este artigo apresenta o trabalho desenvolvido no Projeto de Desenvolvimento Académico, realizado no âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal, cujo tema se refere À Espiritualidade em Enfermagem, tendo como referencial teórico de enfermagem a Teoria da Auto-transcendência de Pamela Reed.

Realizou-se uma revisão integrativa de literatura, que incidiu na resposta a uma pergunta de investigação: “Como é que os enfermeiros integram a Espiritualidade na práxis de enfermagem?”. Este trabalho visou sistematizar o conhecimento relativo à questão levantada, passando previamente por um processo de seleção de estudos, com posterior discussão e análise de dados, tendo por base a Metodologia de Trabalho de Projeto.

A espiritualidade e os cuidados espirituais são essenciais na prestação de cuidados holísticos, tendo contribuição direta na qualidade dos cuidados. A pouca uniformização conceptual sobre espiritualidade, e até mesmo a pouca formação base sobre esta dimensão transcendente do cuidar pode contribuir em parte para que o enfermeiro não saiba ou tenha dificuldade em integrá-la na sua práxis.

**Palavras-chave:** Enfermeiros; Espiritualidade; Cuidados Espirituais; Metodologia de Trabalho de Projeto.

## INTRODUÇÃO

A espiritualidade é uma dimensão presente na vida de todos, tornando cada pessoa num ser único e singular. Por mais avanços científicos que existam, o ser humano terá sempre a necessidade de dar resposta à questão “qual é o sentido da minha vida?”. Quando se fala em espiritualidade invoca-se o sentido e significado da vida, o sentido da nossa existência. Segundo Martins *et al* (2015) a palavra espiritualidade deriva da palavra *espírito*, que exprime a força, a essência e a energia de cada pessoa. Força, pela transcendência das leis naturais e ordens da vida, possibilitando alcançar uma dimensão misteriosa e transcendente.

Para Pamela Reed, a Auto-transcendência é a capacidade de expansão para além das fronteiras intra, inter e trans-pessoal. Reed identifica a auto-aceitação e a espiritualidade como expressão da Auto-transcendência em adultos de meia-idade (Smith & Liehr, 2008). O conceito de Auto-transcendência conotou-se com o desenvolvimento de mecanismos para ultrapassar as limitações, com aplicação prática na enfermagem, passando pelas técnicas de Auto-transcendência: meditação, oração, visualização, “revisão” da vida. Estas abordagens ajudam a pessoa a olhar para dentro e a clarificar e expandir o conhecimento acerca do eu, ou a criar um sentido e objetivo das experiências. O enfermeiro pode, assim, criar estratégias cognitivas que ajudem os clientes a integrar um evento de saúde.

Dossey *et al* (2005) afirma que a Espiritualidade é a essência ativa e expressiva da nossa existência. Ela transmite o modo como viver e experienciar a vida, o modo como desvendar o mistério, e o modo de relacionar os diferentes aspetos da vida. É inerente à condição humana, expressa e é experienciada através da vivência e conexão com o sagrado, o Eu, os outros e a natureza. Por outro lado, Baldacchino (2011) entende espiritualidade como a força vital que incorpora as dimensões bio-psico-sociais e que poderá incluir ou

excluir elementos religiosos em concordância com as crenças pessoais. Mendes *et al* (2013) elucida a espiritualidade percorrendo duas vertentes, uma mais profunda e uma mais superficial, onde podemos reconhecer, por um lado o sentido que encontramos para a vida, e por outro os comportamentos que manifestamos em público ou em privado que caracterizam uma vivência própria e individual desta dimensão, respetivamente.

Todas as pessoas são espirituais, integrando e interpretando a espiritualidade de diferentes modos ao longo da sua vida. De acordo com Dossey *et al* (2005) a espiritualidade reflete a essência do “ser”, a força de unificação e ânimo, o princípio da vida de cada pessoa. A espiritualidade permite viver, moldar a jornada da nossa vida, e é vital no processo de descoberta dos objetivos, significado de vida e força interior. Por sua vez, o enfermeiro enquanto profissional de saúde, também é pessoa e também integra esta dimensão no seu ser. A vivência da espiritualidade é intrínseca ao ser humano e a busca da transcendência é cada vez mais individual. Neste sentido, interessa compreender o que são cuidados espirituais inerentes ao cuidar holístico em enfermagem.

Cuidados espirituais requerem a compreensão do cuidado holístico como um processo dinâmico e integrativo da pessoa humana. A identificação de necessidades espirituais não são necessariamente indicativas de patologia ou disfunção de saúde. Os enfermeiros necessitam colaborar com as pessoas e suas famílias no sentido de identificar, planificar e desenvolver intervenções personalizadas, tendo em consideração os seus valores e objetivos de vida. Segundo Benito *et al* (2014) nos cuidados espirituais, cuidar do espírito é o aspeto fundamental do cuidar holístico em enfermagem, tem lugar no contexto das conexões significativas da vida das pessoas.

Existe incerteza e subjetividade quando os enfermeiros definem Espiritualidade, bem como uma dificuldade em uniformizar o conceito no cuidar, que é subjetivo e dependente da vivência pessoal de quem o enuncia (Caldeira, 2011). Embora haja investigação feita neste campo, o conhecimento acerca da espiritualidade em Enfermagem, continua em desenvolvimento, face à escassez de investigação nesta dimensão nos enfermeiros. Assim sendo,



tem-se como objetivo neste artigo responder ao problema: “Como é que os enfermeiros integram a Espiritualidade no seu agir profissional?”

## **METODOLOGIA**

Para responder ao problema levantado é realizada uma revisão integrativa da literatura, com base na Metodologia de Trabalho de Projeto. De acordo com Ruivo *et al* (2010) esta metodologia tem como finalidade principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, obtém-se capacidades e competências de características pessoais pela produção e execução de projetos numa situação real. Esta metodologia engloba cinco etapas: Diagnóstico de Situação, Planeamento, Execução, Avaliação e Divulgação.

Relativamente aos critérios de inclusão e exclusão, para a revisão da literatura são incluídos, numa primeira aglutinação, os estudos empíricos que tenham PICOD [participantes, intervenções, comparação, resultados (outcomes), desenho do estudo] (Ramalho, 2005), que apresentem as palavras “spirituality” (espiritualidade) e “spiritual care” ou “spiritual caring” (cuidados espirituais) no resumo, que os participantes nos estudos sejam só enfermeiros, e que tenham sido publicados entre Abril de 2005 e Abril de 2015. Deste modo, são excluídos os artigos de opinião, as dissertações e teses, as revisões da literatura e os artigos que apesar de serem estudos empíricos, se refiram a profissionais de saúde, sem ser especificamente à Enfermagem.

A pesquisa bibliográfica foi feita através de bases de dados eletrónicas disponíveis no *síte* da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal: B-On, EBSCO, ISI, Web of Knowledge, Pubmed, Scielo, e Scielo Portugal, utilizando como descritores de busca os seguintes conceitos: *spirituality in nursing practice, spirituality, nursing, nursing care, spiritual care, nurse, holistic care, espiritualidade, enfermeiro, cuidados espirituais*. Após o término da pesquisa foram identificados, por título, 160 artigos, que se revelaram pertinentes para este estudo. No entanto, pela leitura do resumo e aplicando os critérios de exclusão e inclusão, rejeitaram-se 145 artigos. Numa segunda aglutinação foram excluídos sete artigos por os participantes não

serem exclusivamente enfermeiros com grau académico. Assim, aceitaram-se oito artigos para esta revisão integrativa de literatura, que correspondem à totalidade dos critérios de inclusão e respondem à questão formulada.

Na avaliação crítica da fidelidade dos artigos foi usado o *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP), que responde a três questões a serem consideradas na apreciação de um estudo: rigor, credibilidade e relevância (Public Health Resource Unit, 2006). Todos os artigos selecionados têm uma abordagem completa e adequada relativamente aos métodos de investigação, os resultados são bem apresentados, significativos e uteis para responder à questão formulada. Com a seleção dos artigos procede-se à identificação do ano, país, o(s) autor(es), os participantes, as intervenções, comparação de instrumentos de medida, resultados (*outcomes*) e desenho do estudo, colocando-se estes dados no seguinte quadro (Quadro 1 – Artigos selecionados) para facilitar a análise e compreensão dos conteúdos.

<b>Autor(es)/ano/país</b>	<b>Participantes</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Resultados (<i>Outcomes</i>)</b>	<b>Desenho do Estudo</b>
Bailey <i>et al</i> (2009) Republic of Ireland	22 enfermeiros que trabalham numa Unidade de Cuidados Paliativos	Para descrever as experiências de desenvolvimento espiritual em cuidados paliativos foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Os dados foram recolhidos ao longo de 8 semanas (gravações das respostas foram transcritas verbatim)	A análise de conteúdo revelam cinco subtemas: Compreensão da espiritualidade; a arte da enfermagem no cuidado espiritual; educação e aprendizagem; O desafio do cuidar espiritual; e as dimensões do tempo. Os enfermeiros neste estudo referem variações quanto à compreensão do conceito de espiritualidade, bem como a complexidade em documentar o cuidado espiritual. Descrevem o valor da presença e escuta no cuidado espiritual como base numa enfermagem holística.	Qualitativo
Chan (2009) China	110 enfermeiros que trabalhavam num hospital público em Setembro de 2006	Para determinar as atitudes na prática de cuidados espirituais e factores associados na prática do	Os resultados mostram que os enfermeiros com crença religiosa, casados, com experiência de hospitalização no passado, que trabalham em obstetrícia ou ginecologia e têm maiores níveis de percepção relativamente ao cuidado espiritual, são significativamente mais propensos a praticar cuidado	Quantitativo

		cuidado espiritual, foi aplicado um questionário sobre percepções e práticas espirituais.	espiritual. Há uma correlação positiva entre as percepções de cuidados espirituais e a prática do cuidado espiritual dos enfermeiros, o que significa que quanto maior a percepção de cuidados espirituais do enfermeiro, maior é a frequência destes cuidados na prática de enfermagem.	
Dhamani <i>et al</i> (2011) Tanzânia	15 enfermeiros que trabalham num hospital da Tanzânia	Com o objetivo de compreender como os enfermeiros integram a espiritualidade e os cuidados espirituais foram realizadas entrevistas com questões abertas, gravadas e transcritas.	Neste estudo os conceitos encontrados foram agrupados em três grupos: Significado de cuidados espirituais, reconhecimento de necessidades espirituais, e intervenções para responder às necessidades espirituais. As definições dadas para cuidados espirituais são congruentes com as presentes na bibliografia. Das necessidades espirituais, foram identificadas a necessidade de escuta, falar e observar o ambiente. Nas intervenções religiosas, o rezar, leitura de textos religiosos, visita de religiosos/pastores, e expressões sobre fé. Nas intervenções não-religiosas, o demonstrar comportamentos éticos, compaixão, o perdão, fornecer aconselhamento e confiança.	Qualitativo
Lundberg & Kerdonfag (2010) Tailândia	30 enfermeiros Tailandeses	Para entender como enfermeiros tailandeses que trabalham em unidades de cuidados intensivos de um hospital, prestam cuidados espirituais, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com questões abertas.	Da análise de conteúdo surgiram cinco temas: proporcionar apoio psicológico, facilitar rituais religiosos e crenças culturais, comunicação com clientes e famílias, avaliação das necessidades espirituais dos clientes, mostrar respeito e facilitar a participação da família no cuidado. Os cuidados espirituais mencionados pelos enfermeiros envolvem para além dos mencionados, a compreensão, compaixão e empatia, exteriorizadas pelo conforto, o estar presente, o toque na mão do cliente, na comunicação verbal e não-verbal com clientes e família, estabelecendo ao mesmo tempo uma relação de confiança.	Qualitativo
Mahmoodishan <i>et al</i> (2010) Irão	20 enfermeiros de diferentes serviços num hospital do Irão	Realizadas entrevistas não-estruturadas aos enfermeiros para explorar a sua percepção sobre espiritualidade e assistência	O significado e o propósito da vida profissional, através da visão espírita da profissão, compromisso e responsabilidade profissional e atitude positiva; a vivência religiosa, onde se inclui a “aprovação de Deus”, recompensa espiritual, aconselhamento, crença num ser supremo, interações baseadas na fé e altruísmo; e a procura da transcendência, necessidade de respeito, transcendência pessoal e	Qualitativo

		<p>espiritual. O principal foco das questões é relacionado com a integração da espiritualidade na vida profissional. Alguns participantes foram entrevistados por duas vezes para completar a recolha de dados.</p>	<p>profissional, foram temas que emergiram da análise de dados. Cuidados espirituais concentram-se em respeitar os clientes, proporcionar interações amigáveis e simpáticas, compartilhando rituais e no fortalecimento de energia interior de clientes e enfermeiros.</p>	
<p>Ozbasaran <i>et al</i> (2011) Turquia</p>	<p>348 enfermeiros de vários hospitais do este da Turquia</p>	<p>Utilizados os instrumentos/escala "Sociodemographic data form" e "Spirituality and Spiritual Care Rating Scale" para explorar as percepções de espiritualidade e cuidado espiritual em enfermeiros turcos e investigar a relação entre as suas percepções e as variáveis demográficas.</p>	<p>Os resultados deste estudo sugerem que as percepções dos enfermeiros sobre espiritualidade são indecisas e inconclusivas, no entanto este tema tem relevância para a prática clínica. Na cultura turca o "mau-olhado" e a crença no destino estão associados à doença, bem como aos problemas da vida e da personalidade. Orar, colocar colares ou amuletos são amplamente usados nesta cultura. Porém, o estudo demonstra que os enfermeiros ignoram estas práticas no apoio espiritual prestado.</p>	<p>Quantitativo</p>
<p>Ronaldson <i>et al</i> (2012) Austrália</p>	<p>92 enfermeiros de Cuidados Paliativos e Cuidados Agudos, de três hospitais da área metropolitana de Sydney</p>	<p>Para identificar e comparar perspectivas espirituais e práticas de cuidados espirituais entre enfermeiros em contexto de cuidados paliativos e cuidados agudos, bem como possíveis barreiras ao cuidado espiritual, foram colhidos dados durante</p>	<p>Foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos. A prática de cuidados espirituais em cuidados paliativos é mais avançada e as perspectivas espirituais mais fortes. Nos cuidados agudos, o fator falta de tempo e privacidade é identificado como uma barreira na prestação de cuidados espirituais. O facto dos enfermeiros em cuidados paliativos serem mais velhos e terem mais experiência profissional do que os enfermeiros em cuidados agudos, pode também ser um fator que explica as diferenças observadas.</p>	<p>Quantitativo</p>

		um período de seis meses, sobre dados socio-demográficos, e utilizados dois instrumentos validados e testados sobre espiritualidade e cuidado espiritual em enfermeiros: “Spiritual Perspective Scale” e “Spiritual Care practice Questionnaire”.		
Tiew <i>et al</i> (2013) Singapura	66 enfermeiros de oito unidades de internamento de doentes em situação paliativa, em Singapura	De modo a explorar perspectivas de enfermeiros de cuidados paliativos sobre a espiritualidade e a assistência espiritual foram selecionados oito unidades de internamento em Singapura. A colheita de dados apresentou duas partes: dados demográficos e a aplicação das escalas “Spirituality Care-Giving Scale” para avaliar a espiritualidade nos enfermeiros, e a “Escala de Lickert” na determinação das perspectivas dos enfermeiros acerca do cuidado espiritual.	Em geral, os participantes no estudo concordaram com itens da escala aplicada relacionada com o cuidado espiritual, nomeadamente perspectivas, atitudes e valores. Os resultados mostram relações estatisticamente significativas entre raça, filiação espiritual e tipo de unidade de internamento onde o enfermeiro trabalha, com a escala aplicada. Espiritualidade é entendida como universal, holística e existencial por natureza. Cuidados espirituais é entendida como centrada nos clientes, respeitando as diferentes crenças, onde estão incluídos a confiança, empatia, responsabilidade, promoção de bem-estar emocional, promover a paz, e o estar presente.	Quantitativo

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a avaliação dos artigos verifica-se que, relativamente aos anos de publicação, dos oito artigos selecionados, seis foram publicados nos últimos cinco anos, delimitados pelos critérios de inclusão. Verifica-se assim, um aumento progressivo do número de artigos que ilustram este tema. No que concerne aos países, constata-se uma universalidade quanto à sua localização geográfica, podendo-se por sua vez analisar posteriormente os fatores culturais associados. Dos artigos analisados verifica-se que o número de participantes variou entre 15 a 348. Todos os estudos selecionados apresentam informações significativas para a resposta à questão de partida desta revisão, uma vez que nos dados obtidos estão evidentes a espiritualidade e os cuidados espirituais na praxis de enfermagem.

Verificou-se a utilização de algumas escalas como instrumento cujo objetivo se prende a explorar as perceções dos enfermeiros sobre espiritualidade e cuidado espiritual: “Spirituality and Spiritual Care Rating Scale” (Ozbasaran *et al*, 2011), “Spiritual Perspective Scale” (Ronaldson *et al*, 2012), “Spiritual Care practice Questionnaire” (Ronaldson *et al*, 2012), “Spirituality Care-Giving Scale” (Tiew *et al*, 2013) e a “Escala de Lickert” (Tiew *et al*, 2013). Por sua vez, foi também utilizado em um estudo o instrumento “Sociodemographic data form” (Ozbasaran *et al*, 2011) para investigar a relação entre as perceções sobre espiritualidade e cuidados espirituais dos enfermeiros e as variáveis demográficas.

Através da análise dos artigos verifica-se que o bem-estar holístico deve incorporar as dimensões bio, emocional, social, cultural e também espiritual (Bailey *et al*, 2009; Chan, 2009; Dhamani *et al*, 2011, Lundberg & Kerdonfag, 2010; Ozbasaran *et al*, 2011; Tiew *et al*, 2013). Porém para se conseguir assistir ao bem-estar do cliente, os enfermeiros precisam incorporar na sua

praxis, cuidados não só para o corpo e mente, mas também para a “alma” (Chan, 2009; Lundberg & Kerdonfag, 2010).

Na maior parte das vezes, os cuidados são vocacionados para o corpo, e de acordo com os estudos, os enfermeiros dão ênfase à complementaridade de que confortar o espírito implica cuidar adequadamente do corpo (Dhamani *et al*, 2011). Assim, torna-se pertinente deduzir que os cuidados espirituais são inerentes à praxis de enfermagem e à qualidade dos cuidados (Mahmoodishan *et al*, 2010)

Os enfermeiros devem ter presente que quando existe uma crise, por alteração de situação de saúde ou morte, a espiritualidade é uma dimensão no qual os clientes mais se manifestam (Dhamani *et al*, 2011). Neste sentido, os enfermeiros devem estar dotados de competência para os ajudarem a satisfazer essas necessidades, nomeadamente no cuidar em fim de vida (Bailey *et al*, 2009).

A importância do cuidado espiritual é reconhecida pelos enfermeiros para a diminuição de sintomas de stresse, ansiedade, associados à alteração de situação de saúde, sendo deste modo importante o reconhecimento da importância da espiritualidade na prática de enfermagem (Lundberg & Kerdonfag, 2010; Mahmoodishan *et al*, 2010).

Uma definição clara de espiritualidade ajudaria os enfermeiros a integrar esta dimensão no cuidar, e fortalecer a relação de ajuda com a pessoa cuidada (Chan, 2009). De acordo com os artigos analisados, existem poucos elementos comuns numa tentativa de definir espiritualidade, uma vez que a espiritualidade é contextualizada dentro de cada cultura e o conceito é variável dentro de um mesmo grupo de enfermeiros (Bailey *et al*, 2009; Ozbasaran *et al*, 2011; Tiew *et al*, 2013). No entanto, sem uma correta clarificação do que é espiritualidade, podem surgir equívocos, quer na avaliação das necessidades, quer na própria prestação de cuidados espirituais (Lundberg & Kerdonfag, 2010). Complementando o facto de hoje existirem sociedades multiculturais, torna-se ainda mais imprescindível uma compreensão mútua da espiritualidade com a pessoa alvo dos cuidados, de modo a ser possível identificar necessidades,

planejar os cuidados e implementar cuidados espirituais personalizados (Lundberg & Kerdonfag, 2010).

Deste modo, para compensar esta premissa, existem outros estudos que revelam que a educação espiritual é importante para os enfermeiros, permitindo um desenvolvimento relativo à sensibilidade para as necessidades espirituais das pessoas cuidadas. Muitos enfermeiros revelam ter dificuldades em oferecer assistência espiritual, uma vez que na sua formação base não tiveram uma preparação adequada (Lundberg & Kerdonfag, 2010; Tiew *et al*, 2013).

Com a finalidade de integrar os cuidados espirituais na praxis de enfermagem, os enfermeiros devem estar à vontade com a sua própria espiritualidade, no sentido em que devem entendê-la como componente da vida (Lundberg & Kerdonfag, 2010). Usando a espiritualidade como um recurso, o enfermeiro pode manifestá-la de diversas maneiras com o cliente, através de ações de enfermagem, com o objetivo de proporcionar bem-estar espiritual. Temos como exemplos, o estar presente (Bailey *et al*, 2009; Dhamani *et al*, 2011; Lundberg & Kerdonfag, 2010), a escuta ativa (Bailey *et al*, 2009; Dhamani *et al*, 2011; Lundberg & Kerdonfag, 2010; Ozbasaran *et al*, 2011), a empatia (Lundberg & Kerdonfag, 2010; Tiew *et al*, 2013), o toque terapêutico (Lundberg & Kerdonfag, 2010), o suporte emocional (Lundberg & Kerdonfag, 2010; Ozbasaran *et al*, 2011; Tiew *et al*, 2013), proporcionar conforto (Lundberg & Kerdonfag, 2010), respeito (Dhamani *et al*, 2011; Lundberg & Kerdonfag, 2010; Mahmoodishan *et al*, 2010), estabelecer uma relação de confiança (Tiew *et al*, 2013) ser altruísta (Mahmoodishan *et al*, 2010), demonstrar comportamentos éticos (Dhamani *et al*, 2011), de perdão (Dhamani *et al*, 2011; Lundberg & Kerdonfag, 2010), amor e compaixão (Lundberg & Kerdonfag, 2010), promover a esperança, aconselhar, ser educado, ser honesto e fiel (Dhamani *et al*, 2011). Por outro lado, podem existir ações de carácter religioso, no qual o enfermeiro pode intervir com o cliente, nomeadamente rezar, promoção de fé, leitura de escrituras religiosas, promover a presença de um teólogo (padre, pastor), encorajar o cliente a confiar em Deus (Dhamani *et al*, 2011; Lundberg & Kerdonfag, 2010).



A cultura também está patente nesta análise. Confirma-se que os significados de espiritualidade variam conforme a cultura onde os enfermeiros estão inseridos, existindo pouca uniformidade quando se tenta definir o conceito (Ozbasaran *et al*, 2011). Por outro lado, a migração com efeito na globalização, pressupõe uma necessidade destes profissionais se integrarem num ambiente multicultural, onde as necessidades e as exteriorizações espirituais se manifestam de modos bastante diversificados (Tiew *et al*, 2013).

Os próprios significados de saúde/doença diferem, bem como a diversidade de crenças, que têm uma consequência direta no cuidado espiritual para com os clientes (Ronaldson *et al*, 2012; Tiew *et al*, 2013). A cultura, se o enfermeiro não estiver devidamente preparado para a prestação de cuidados pessoalizados, pode ser uma barreira na assistência espiritual.

Para além da falta de formação e da cultura, outras barreiras podem existir na prestação de cuidados espirituais. Nomeadamente, a falta de tempo. Este é outro fator decisivo, muitas vezes devido às próprias dinâmicas dos serviços (Bailey *et al*, 2009; Ronaldson *et al*, 2012). Os enfermeiros, perante um maior número de clientes ficam limitados na disponibilidade de tempo que dispõem para a prestação de cuidados, dando menos ênfase nas interações pessoais. A falta de privacidade é outro fator mencionado (Ronaldson *et al*, 2012). As estruturas dos serviços, das enfermarias, podem ser impedimento, para que o cliente se sinta confortável para poder estabelecer com o enfermeiro uma relação. Como a essência do cuidado espiritual é relacional, as oportunidades para estabelecer este tipo de cuidados diminuem.

Pode-se inferir que o contexto ou a natureza do serviço em que os enfermeiros prestam cuidados, poderá influenciar o conhecimento e a perceção sobre a espiritualidade (Ronaldson *et al*, 2012), os enfermeiros que trabalham em contexto de cuidados paliativos apresentaram níveis mais altos quanto à perceção da espiritualidade, e na prestação do cuidado espiritual do que os enfermeiros que trabalham em cuidados agudos. Verifica-se também uma relação entre enfermeiros com mais anos de experiência em enfermagem e uma melhor perceção sobre a espiritualidade e necessidades espirituais dos

clientes, do que aqueles que têm poucos anos de experiência profissional (Ozbasaran *et al*, 2011; Ronaldson *et al*, 2012; e Tiew *et al*, 2013).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A espiritualidade e os cuidados espirituais, tal como foi consolidado ao longo desta revisão integrativa de literatura, são essenciais na prestação de cuidados holísticos, tendo contribuição direta na qualidade dos cuidados. A pouca uniformização conceptual sobre espiritualidade, e até mesmo a pouca formação sobre esta dimensão transcendente do cuidar, pode contribuir em parte para que o enfermeiro não dê tanta importância e nem saiba como integrá-la na sua praxis. Porém, através da análise e discussão dos diferentes estudos conseguiu-se responder à questão de investigação levantada.

Torna-se evidente a importância de desenvolver investigação sobre espiritualidade e cuidados espirituais, uma vez que é necessário aprofundar uma melhor compreensão sobre esta temática, de modo a superar dificuldades ou barreiras que possam surgir.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Baldacchino, D. (2011). Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. *Nurse Education in Practice*, 11(1), 47-53.

Bailey, M., Moran, S., Graham, M. (2009). Creating a spiritual tapestry: nurses' experiences of delivering spiritual care to patients in na Irish hospice. *Internacional Journal of Palliative Nursing*, 15(1), 42-48

Benito, E., Barbero, J., Dones, M. (2014). *Espiritualidade en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos*. Madrid: Síosí Punto Gráfico.

Caldeira, S., Castelo Branco, Z., Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Referência*. 3(5),145-152

Critical Appraisal Skills Programme [CASP]. (2006). Public Health Resource Unit. Acedido em 8 de Agosto, 2016, em: <http://moodle.ess.ips.pt/mod/folder/view.php?id=23824>

Chan, M. (2009). Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 19, 2128-2136

Dhamani, K., Paul, P., Olson, J., (2011). Tanzanian Nurses Understanding and Practice of Spiritual Care. *International Scholarly Research Network Nursing*.

Dossey, B., Keegan, L., Guzzetta, C. (2005). *Holistic Nursing. A Handbook for Practice*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

Lundberg, P. & Kerdonfag, P. (2010). Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*. 19, 1121-1128

Mahmoodishan, G., Alhani, F., Ahmadi, F., Kazemnejad, A. (2010). Iranian Nurses' perception of spirituality and Spiritual care: a qualitative content analysis study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2(6).

Martins, A., Pinto, S., Caldeira, S., Pimentel, F. (2015). Tradução e adaptação da *Spirituality and Spiritual Care RatingScale* em enfermeiros portugueses de cuidados paliativos. *Referência*. 4(4), 89-97.

Mendes, F., Gemito, L., Cruz, D., Lopes, M. (2013). *Enfermagem Contemporânea: Dez Temas, Dez Debates*. Évora: Universidade de Évora.

Ozbasaran, F., Ergul, S., Temel, A., Aslan, G., Coban, A. (2011). Turkish Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. *Journal of Clinical Nursing*. 20, 3102-3110

Ramalho, A. (2005). *Manual para redação de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise*. Coimbra: Formasau.

Ronaldson, S., Haynes, L., Aggar, C., Green, J., Carey, M. (2012). Spirituality and spiritual caring: nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments. *Journal of Clinical Nursing*. 21, 2126-2135.

Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*. 15, 1-37.

Smith, M., & Liehr, P. (2008). *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company.

Tiew, L., Kwee, J., Creedy, D., Chan, M. (2013). Hospice nurses' perspectives of spirituality. *Journal of Clinical Nursing*. 22, 2923-2933.

**APÊNDICE IV**  
**Formação – “Suporte Básico de Vida”**

## PLANO DE SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

<b>Tema:</b> Suporte Básico de Vida (SBV)	<b>Formador:</b> Enf. Dário Reis	<b>Orientação:</b> Enf. <sup>a</sup> Especialista M.  Prof. Dr. <sup>a</sup> Lurdes Martins
<b>Âmbito:</b> 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal		<b>Destinatários:</b> Assistentes Operacionais
<b>Data:</b> 10 de Setembro de 2015	<b>Hora:</b> 15:00 às 16h00	
<b>Local:</b> Sala Formação Piso 0	<b>Duração:</b> 60 minutos	
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Promover o desenvolvimento de competências dos assistentes operacionais na área de SBV;</li><li>• Implementar boas práticas de desempenho em contexto de trabalho em contexto de Paragem Cardio-respiratória (PCR), promovendo a melhoria dos cuidados;</li></ul>		
<b>Conteúdos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cadeia de Sobrevivência;</li><li>• Etapas do SBV;</li><li>• Atitudes a ter em caso de PCR;</li><li>• Avaliação.</li></ul>	<b>Cronograma:</b> <b>15:00-15:10</b> – Acolhimento dos formandos, Apresentação do formador, Explicação dos objetivos da sessão (10 min) <b>15:10-15:15</b> – Explicação da cadeia de sobrevivência (5 min) <b>15:15-15:25</b> – Etapas do SBV (10 min) <b>15:25-15:35</b> – Atitudes a ter em caso de PCR (10 min) <b>15:35-15:50</b> – Avaliação com componente prática de SBV (15 min) <b>15:50-16:00</b> – Encerramento	
<b>Meios Audiovisuais:</b> Computador; Projetor e tela de projeção	<b>Recursos Materiais:</b> Manequim de SBV	<b>Metodologia:</b> Expositiva, Demonstrativa e Ativa  <b>Avaliação:</b> Avaliação de grupo com prática de SBV

# Suporte Básico de Vida (SBV)

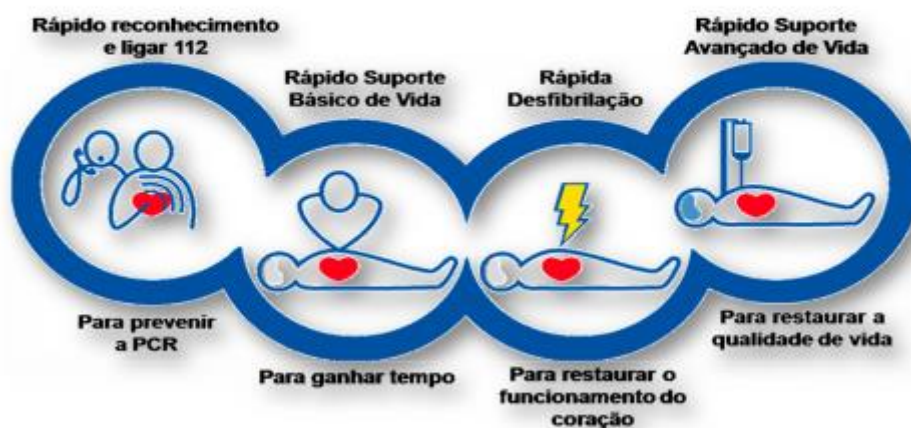
**Formador:**  
Enf.º Dário Reis

**Orientação:**  
Enf.ª Especialista M.  
Prof.ª Dr.ª Lurdes Martins



## Suporte Básico de Vida

### Cadeia de Sobrevivência



## Suporte Básico de Vida - SBV

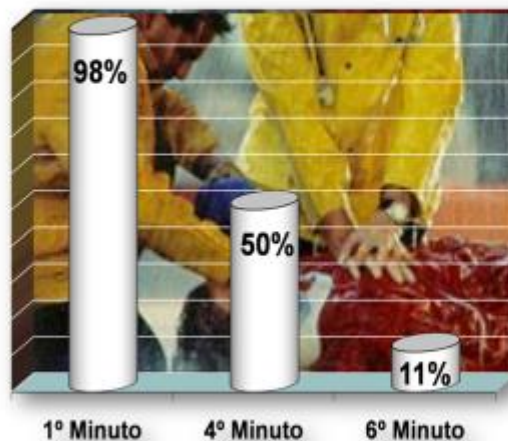
Consiste na conjugação de dois elementos principais, para preservar a oxigenação e circulação até à chegada das equipas de emergência:

- Compressões Torácicas Externas;
- Ventilações.



## Suporte Básico de Vida

A probabilidade de sobrevivência decresce 7 a 10% por cada minuto que passa.





## Suporte Básico de Vida

### ETAPAS

- Condições de Segurança
- Avaliar resposta
- Gritar por Ajuda
- Abrir Via Aérea
- Verificar Respiração
- Ligar 112
- 30 Compressões Torácicas
- 2 Ventilações

## Suporte Básico de Vida



Cenário

Reanimador

Vítima

Terceiros

Condições de Segurança

Avaliar resposta

Gritar por Ajuda

Permeabilizar Via Aérea

Verificar Respiração

Ligar 112

30 Compressões Torácicas

2 Ventilações

## Suporte Básico de Vida



Condições de Segurança

**Avaliar resposta**

Gritar por Ajuda

Abrir a Via Aérea

Verificar Respiração

Ligar 112

30 Compressões Torácicas

2 Ventilações

## Suporte Básico de Vida



**Avaliar resposta**

Abanar os ombros suavemente.

Perguntar:

“Está tudo bem?”

“Está a ouvir-me?”

Se responde:

- Manter posição;
- Identificar problemas;
- Reavaliar periodicamente;
- Pedir ajudar se necessário.

v

## Suporte Básico de Vida

Se não responde:



Condições de Segurança

Avaliar resposta

**Gritar por Ajuda**

Abrir a Via Aérea

Verificar Respiração

Ligar 112

30 Compressões Torácicas

2 Ventilações

## Suporte Básico de Vida



Condições de Segurança

Avaliar resposta

Gritar por Ajuda

**Abrir a Via Aérea**

Verificar Respiração

Ligar 112

30 Compressões Torácicas

2 Ventilações

## Suporte Básico de Vida



Condições de Segurança

Avaliar resposta

Gritar por Ajuda

Abrir a Via Aérea

**Verificar Respiração**

Ligar 112

30 Compressões Torácicas

2 Ventilações

## Suporte Básico de Vida

**Verificar Respiração**



Ver...

Ouvir...

Sentir...

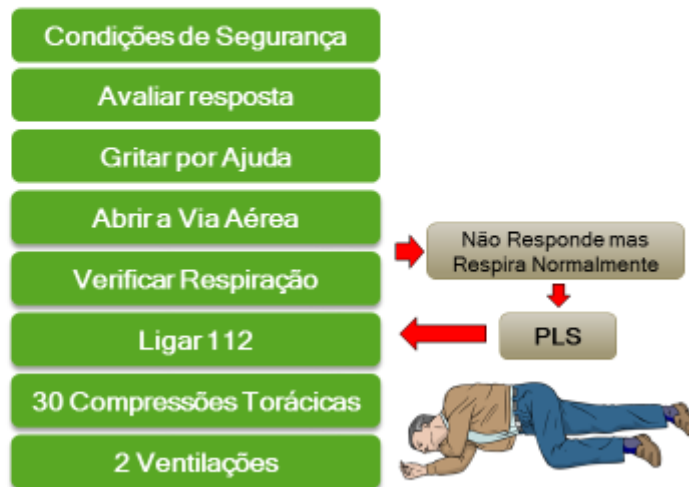
durante **10 seg**

Se Respiração Normal

- Posição Lateral de Segurança;
- Pedir Ajuda Diferenciada (112);
- Manter vigilância.

## Suporte Básico de Vida

### ETAPAS



## Suporte Básico de Vida

NÃO respira normalmente?

Ligar 112



- Sozinho: ligue.
- Acompanhado: peça para ligar.



## Suporte Básico de Vida



Condições de Segurança

Avaliar resposta

Gritar por Ajuda

Abrir a Via Aérea

Verificar Respiração

Ligar 112

**30 Compressões Torácicas**

2 Ventilações

## Suporte Básico de Vida



SBV de qualidade:

**30 Compressões Torácicas**

1. Colocar base da mão no centro do tórax
2. Colocar a outra mão por cima
3. Entrelaçar os dedos
4. Comprimir o tórax:

Ritmo » 100 -120 / min

Profundidade » 5-6 cm

Compressão = Relaxamento

## Suporte Básico de Vida



Condições de Segurança

Avaliar resposta

Gritar por Ajuda

Abrir a Via Aérea

Verificar Respiração

Ligar 112

30 Compressões Torácicas

**2 Ventilações**

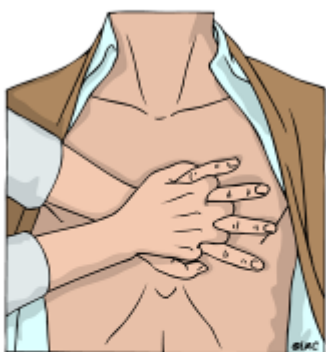
## Suporte Básico de Vida

**2 Ventilações**



1. Utilizar máscara de bolso;
2. Ventilação (1segundo);
3. Introduzir ar até à elevação do tórax;
4. Permitir depressão do tórax;
5. Repetir;
6. Só se faz 2!!

## Suporte Básico de Vida



30 Compressões Torácicas



2 Ventilações

Ao final de 2 min. (5 ciclos de 30:2) de SBV trocar de reanimador.

Manter só compressões se não for possível fazer as ventilações.

## Suporte Básico de Vida

Quando é que suspendemos SBV?

- ✓ Quando a VÍTIMA RECUPERAR SINAIS DE VIDA;
- ✓ Chegada da AJUDA diferenciada (SAV);
- ✓ EXAUSTÃO do Reanimador.



## Suporte Básico de Vida

E em contexto de trabalho?

O que fazer?  
Que atitudes?  
Que comportamentos?

### Em caso de paragem Cardio-respiratória – Que fazer?

Não entrar em *Stresse*

- ✓ Manter a calma;
- ✓ Estar presente;
- ✓ Providenciar equipamento necessário urgente -  
carro de emergência, tábua, degrau

## Providenciar o material que poderá ser solicitado...

Montar aspirador de secreções

Material de punção venosa (catéter, compressas com álcool, obturador, adesivo)

Monitor de Parâmetros Vitais

Material de Oxigenoterapia (Máscara de alto débito, copo humidificador)

## Bibliografia

Valente, M. & Catarino, R. (2012). Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa. Lisboa: INEM. ISBN 978-989-8646-07-1

**APÊNDICE V**  
**Formação – “Manuseamento de Extintores”**

# PLANO DE SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

<b>Tema:</b> Manuseamento de Extintores	<b>Formador:</b> Enf. Dário Reis	<b>Orientação:</b> Enf. <sup>a</sup> Especialista M.  Prof. Dr. <sup>a</sup> Lurdes Martins
<b>Âmbito:</b> 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal		<b>Destinatários:</b> Enfermeiros
<b>Data:</b> 22 de Setembro de 2015	<b>Hora:</b> 15:00 às 16h00	
<b>Local:</b> Sala de Funcionários – Serviço Especialidades Médicas	<b>Duração:</b> 60 minutos	
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dotar os formandos de conhecimentos e práticas necessárias para compreender os fenómenos de combustão, através da identificação do tipo e classes de fogo, da seleção dos agentes e processos de extinção, bem como para conhecer as práticas seguras a adotar durante a utilização dos extintores.</li></ul>		
<b>Conteúdos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fogo (combustão, agente combustível, combustíveis, comburente, energia de ativação);</li><li>• Classificação dos fogos;</li><li>• Métodos de extinção;</li><li>• Extintores;</li><li>• Agente extintor;</li><li>• Instruções de utilização de extintores portáteis;</li><li>• Manuseamento de extintor;</li><li>• O que fazer em caso de incêndio.</li></ul>	<b>Cronograma:</b>  <b>15:00-15:05</b> – Acolhimento dos formandos, Apresentação do formador, Explicação dos objetivos da sessão (5 min) <b>15:05-15:15</b> – Definição de Fogo, combustão, agente combustível, combustíveis, comburente, energia de ativação (10 min); <b>15:15-15:20</b> – Classificação dos fogos (5 min) <b>15:20-15:25</b> – Métodos de extinção (5 min) <b>15:25-15:30</b> – Extintores (5 min) <b>15:30-15:35</b> – Agente extintor (5 min) <b>15:35-15:45</b> – Instruções de utilização de extintores portáteis (10 min) <b>15:45-15:50</b> – Manuseamento de extintor (5 min) <b>15:50-15:55</b> – O que fazer em caso de incêndio (5 min) <b>15:55-16:00</b> – Avaliação da Sessão e Encerramento (5 min)	
<b>Meios Audiovisuais:</b> Computador; Projetor e tela de projeção	<b>Recursos Materiais:</b> Não aplicável	<b>Metodologia:</b> Expositiva  <b>Avaliação:</b> Ficha de avaliação



# Manuseamento de Extintores

**FORMADOR:** ENF. DÁRIO REIS

**Orientação:**

Enf.ª Especialista M.

Prof.ª Dr.ª Lurdes Martins

1

## Fogo



# Combustão

Reação de oxidação entre um **agente combustível** e um **comburente**, provocada por uma **energia de ativação**.



## Agente combustível

Qualquer **substância** na forma

- Gasosa
- Líquida
- Sólida

Possui a **propriedade de ser consumida** pelo fogo



quando submetida a **aquecimento**

## Combustíveis

---

**Maus condutores** de calor, como por exemplo a madeira, têm maior facilidade de arderem relativamente às boas condutoras – metal por exemplo.

Ocorre **acumulação de calor** numa zona de pequenas proporções, então, a temperatura local eleva-se de tal forma provocando a **libertação de vapores combustíveis**, que na presença de mais calor (energia de ativação) podem inflamar-se.

Quanto às substâncias designadas de **boas condutoras**, o calor distribui-se por toda a massa fazendo com que a temperatura se eleve lentamente.

## Comburente

---

Corpo gasoso – **Oxigénio**



Na presença da qual o combustível arde, ou pode arder,



Dependendo das condições quer do agente combustível, do comburente, como também da energia de ativação aplicada.

# Energia de ativação

## - Origem Térmica

Fósforos, isqueiros

Instalações geradoras de calor (fornos, caldeiras)

## - Origem Elétrica

Resistência (aquecedor elétrico)

Elettricidade Estática

## - Origem Mecânica

Atrito (contacto não lubrificado entre duas peças metálicas em movimento)

## - Origem Química

Reação química (limalha de ferro com óleo)

# Classificação dos fogos

Classe	Designação	Substâncias
A	Fogos que resultam da combustão de materiais sólidos, geralmente de natureza orgânica, em que a combustão se faz normalmente com formação de brasas.	Madeira, carvão, papel, tecidos, plásticos.
B	Fogos que resultam da combustão de líquidos ou de sólidos liquidificáveis.	Oleo, gasolina, álcool, tintas, ceras, vernizes.
C	Fogos que resultam da combustão de gases.	Butano, propano, gás natural, etileno, acetileno.
D	Fogos que resultam da combustão de metais leves.	Sódio, magnésio, titânio, alumínio.
	Fogos em equipamento elétrico sob tensão.	Equipamento elétrico.



# Métodos de extinção

---





Existem **quatro** métodos:

- **Arrefecimento ou redução da temperatura** (ex. água)
- **Limitação do comburente** (abafamento e asfixia): separação entre combustível e comburente (geralmente o oxigénio). diminuir a concentração do comburente utilizando um gás inerte (ex. dióxido de carbono); Aplicar sobre as chamas uma substância que apresente grande resistência à inflamação (ex. espuma extintora).

# Métodos de extinção

---

- **Carência ou limitação do combustível**: afastamento entre o combustível e a fonte de energia (calor) ou o ambiente do incêndio.
- **Inibição ou rotura da reação em cadeia**: resume-se na eliminação, ou impedimento na formação de radicais livres. (ex. utilização de pó químico seco).

AGENTE EXTINTOR	 A	 B	 C	 D	NÃO NORMALIZADA
	Sólidos	Líquidos	Gases	Metais	Eléctrico
Água em jacto					
Água em nuvem					
Pó Químico ABC					
Pó Químico BC					
Espuma					
Dióxido de Carbono					
Agentes halogenados					
Gases inertes					
Agentes Especiais					
LEGENDA:	Adequado	Não Adequado	Pouco Eficaz	Em certas condições	Não aplicável

## Extintores

O **extintor** é um meio de primeira intervenção utilizado no combate a um foco de incêndio.

A utilização de um extintor pode ser feita por qualquer pessoa logo que se detete um foco de incêndio. A **rapidez** de atuação é primordial, na medida em que o extintor só é eficaz na fase inicial de um incêndio.

Os extintores disponíveis no serviço são do tipo: **portáteis**, **manuais**, de **pressão permanente** cujo agente extintor é o **pó químico ABC** e **CO<sub>2</sub>**.



## Agente Extintor

Existem diversos tipos de pó químico para carregar extintores, no caso dos extintores existentes no serviço trata-se do **Pó ABC** (polivalente), cujo agente extintor é composto à base de fosfato de amónia. Eficaz na extinção de fogos das classes A,B e C.

# Instruções de utilização de um extintor portátil

---

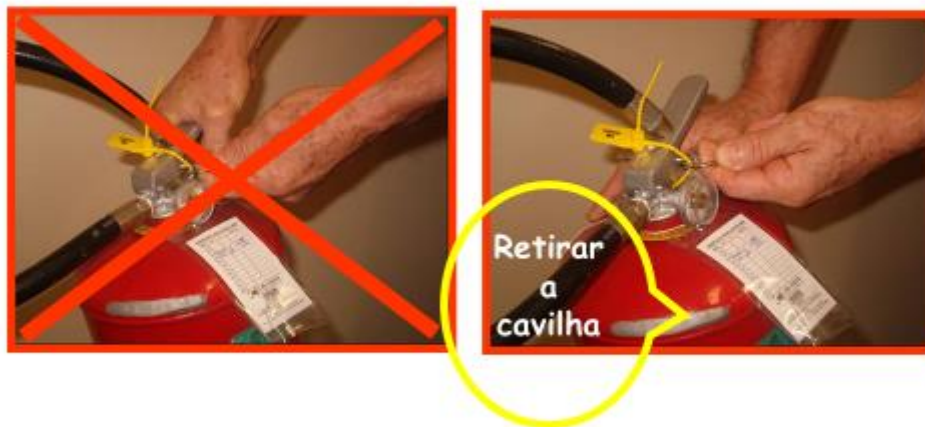
- 1) Transporte-o na **posição vertical**, segurando no **manípulo**.
- 2) **Retire** o selo ou **cavilha** de segurança que impede a alavanca de acionar o jato.
- 3) **Aproxime-se** do **foco de incêndio** com cautela, evitando que haja fogo pelas costas.
- 4) **Pressione a alavanca**, dirigindo o **jato para a base das chamas**, varrendo a superfície.
- 5) Em combustíveis líquidos reduza o jato, evitando que o combustível se espalhe.
- 6) Antes de terminar, assegure-se de que o incêndio está mesmo extinto.

## Manuseamento de extintor

---



## Manuseamento de extintor



## Manuseamento de extintor



## Manuseamento de extintor













ABRIR A PORTA



ESTENDER TODA A MANGUEIRA



ABRIR A VÁLVULA



ABRIR A AGULHETA E APONTAR SOBRE A BASE DA CHAMA



**PRECAUÇÃO:**  
NÃO UTILIZAR NA PRESENÇA  
DE ELETRICIDADE EM TENSÃO



## Se suspeitar de um incêndio...

---

Se sentir **cheiro** a **queimado**...

Se observar qualquer **sinal** que faça suspeitar da existência de um incêndio...

**Fumo?**

**Chama?**

**CONTACTE 35117**

N.º de emergência geral do CHA - UHP,  
fornecendo toda a informação disponível.

---

## Informação a ser Transmitida

- ☐ **Local;**
- ☐ **Gravidade** da situação;
- ☐ Eventual **existência** de **sinistrados** ou de doentes em zona muito próxima;
- ☐ **Produtos** e **equipamentos** envolvidos;
- ☐ Eventual **proximidade** de **pontos perigosos**;

## Se detetar um incêndio...

---

- ❑ Não entrar em pânico.
- ❑ Acionar a **botoneira** de alarme mais próxima e contacte o **35117**
- ❑ Fornecer toda a **informação** disponível.
- ❑ Se incêndio decorreu numa enfermaria comunicar ao Enfermeiro Chefe ou ao Enfermeiro Responsável de Turno do Serviço, bem como dos Serviços que se encontrem em áreas contíguas.
- ❑ Se possível procure **extinguir o foco de incêndio** com os meios de intervenção existentes no local.
- ❑ Se **não conseguir** extinguir o foco de incêndio:
  - Abandonar o local;
  - Não correr;
  - Se houver fumos deve baixar-se e sair do local, se necessário, a gatinhar;

## Se detetar um incêndio...

---

- ❑ **Nunca** abrir uma porta fechada, antes de verificar se ela está quente.
- ❑ Use a parte **posterior da mão** para evitar queimar-se na face palmar;
- ❑ Se a porta estiver quente, **procure outra saída de emergência**. Se não existir procure selar as frestas à volta das portas e janelas com o que tiver à mão: tecidos, cobertores, etc.;
- ❑ Se as chamas se ateam às suas **roupas**, detenha-se, **atire-se ao chão e rebole-se**, isto apagará as chamas e pode salvar-lhe a vida;
- ❑ Se alguém próximo de si estiver envolto em chamas, **cubra-o** com uma **manta**, apagando as chamas. Isto poderá salvá-lo de possíveis queimaduras;
- ❑ Se ficar preso numa sala cheia de fumo:
  - permaneça junto ao solo onde o ar é mais respirável;
  - se possível abra uma janela;
  - procure sinalizar a sua presença.





## Bibliografia

- A.A.V.V. (2003). *Extintores Portáteis de Incêndios*. Direção Negócio Empresas—Consultores de Risco, ALLIANZ. Junho, 2003. Disponível no site da internet: <http://empresas.allianz.pt/riscos/brochuras/ExtintoresIncendio.pdf>;
- Guerra, A. M. (2007). *Caderno de Combate a Incêndios com Extintores*. Escola Nacional de Bombeiros, Coleção Cadernos Especializados. Sintra. 2ª Rev. Disponível no site da internet: [http://www.enb.pt/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=157&Itemid=55](http://www.enb.pt/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=157&Itemid=55);
- Guerra, A. M. (2007). *Caderno de Fenomenologia da Combustão e Agentes Extintores – Princípios Básicos*. Escola Nacional de Bombeiros, Coleção Cadernos Especializados. Sintra. Disponível no site da internet: [http://www.enb.pt/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=158&Itemid=55](http://www.enb.pt/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=158&Itemid=55);
- Guerra, A. M. (2007). *Manual de Extintores*. Escola Nacional de Bombeiros, Coleção Cadernos Especializados. Sintra. 2ª Rev. Disponível no site da internet: [http://www.enb.pt/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=156&Itemid=55](http://www.enb.pt/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=156&Itemid=55);

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

### SERVIÇO ESPECIALIDADES MÉDICAS

NOME DO FORMANDO: \_\_\_\_\_

Tema: MANUSEAMENTO DE EXTINTORES

DATA: 22/09/2015      HORÁRIO: das 15:00 às 16:00 horas      DURAÇÃO: 60 min

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

1. Classifique as afirmações em Verdadeiro (V) e Falso (F).
  - a) Agente combustível é qualquer substância na forma gasosa líquida ou sólida. \_\_\_\_\_
  - b) O extintor é um meio de quarta intervenção utilizado no combate a um foco de incêndio. \_\_\_\_\_
  - c) Existem diversos tipos de pó químico para carregar extintores, no caso dos extintores existentes no serviço trata-se do Pó ABC (polivalente). \_\_\_\_\_
2. Faça a legenda do esquema de imagens relativamente ao manuseamento de extintor.



A) \_\_\_\_\_



B) \_\_\_\_\_



C) \_\_\_\_\_



D) \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE VI**

### **Formação – “Hemoculturas- Boas Práticas de Enfermagem”**

# PLANO DE SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

<b>Tema:</b> Hemoculturas – Boas Práticas de Enfermagem	<b>Formador:</b> Enf. Dário Reis	<b>Orientação:</b> Enf. <sup>a</sup> Especialista M.  Prof. Dr. <sup>a</sup> Lurdes Martins
<b>Âmbito:</b> 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal		<b>Destinatários:</b> Enfermeiros
<b>Data:</b> 18 de Setembro de 2015	<b>Hora:</b> 15:00 às 16h00	
<b>Local:</b> Sala de Funcionários – Serviço Especialidades Médicas	<b>Duração:</b> 60 minutos	
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reduzir o risco de contaminação da amostra (hemocultura);</li><li>• Adequar o procedimento aos meios de cultura (frascos de hemocultura) existentes na instituição.</li></ul>		
<b>Conteúdos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Definição de Hemoculturas;</li><li>• Objetivos da realização de hemoculturas;</li><li>• Considerações técnicas;</li><li>• Material e equipamento para colheita de hemocultura;</li><li>• Intervenções de enfermagem antes da colheita;</li><li>• Intervenções de enfermagem durante a colheita;</li><li>• Intervenções de enfermagem após a colheita;</li><li>• Número e momento de execução das hemoculturas;</li><li>• Colheita da ponta do CVC;</li><li>• Registos Clínicos;</li></ul>	<b>Cronograma:</b>  <b>15:00-15:05</b> – Acolhimento dos formandos, Apresentação do formador, Explicação dos objetivos da sessão (5 min) <b>15:05-15:10</b> – Definição de hemoculturas (5 min) <b>15:10-15:15</b> – Objetivos da realização de hemoculturas (5 min) <b>15:15-15:20</b> – Considerações técnicas (5 min) <b>15:20-15:25</b> – Material e equipamento para colheita de hemocultura (5 min) <b>15:25-15:30</b> – Intervenções de enfermagem antes da colheita (5 min) <b>15:30-15:40</b> – Intervenções de enfermagem durante e após colheita (10 min) <b>15:40-15:45</b> – Número e momento de execução das hemoculturas (5 min) <b>15:45-15:50</b> – Colheita da ponta do CVC (5 min) <b>15:50-15:55</b> – Registos Clínicos (5 min) <b>15:55-16:00</b> – Avaliação da Sessão e Encerramento (5 min)	
<b>Meios Audiovisuais:</b> Computador; Projetor e tela de projeção	<b>Recursos Materiais:</b> Frascos de hemocultura	<b>Metodologia:</b> Expositiva  <b>Avaliação:</b> Ficha de avaliação





# Hemoculturas

## *Boas Práticas de Enfermagem*

**FORMADOR:**

ENF.º DÁRIO REIS

**Orientação:**

Enf.ª Especialista M.

Prof.ª Dr.ª Lurdes Martins

1

## DEFINIÇÃO

### Colheita de sangue para hemoculturas

Conjunto de procedimentos que visam a **colheita de sangue** através de **punção venosa periférica** com recurso a **técnica assética**.



**Inoculação num frasco de hemocultura**, para eventual **diagnóstico de infeção** da corrente sanguínea.

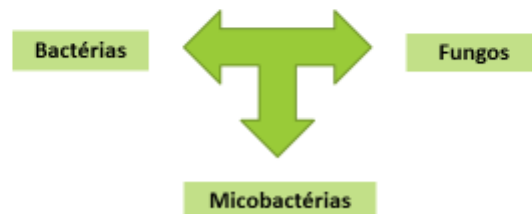
2

## DEFINIÇÃO

---

Sangue um produto biológico estéril, um microrganismo isolado a partir de uma hemocultura é geralmente o **agente etiológico da infecção**.

Os microrganismos estudados por esta via são:



3

## OBJETIVOS

---

**Objetivos da realização das hemoculturas:**

- Contribuir para o diagnóstico atempado e fundamentado da infecção da corrente sanguínea, com identificação do teste de sensibilidade aos antibióticos (TSA) do(s) microrganismo(s) presente(s) no sangue;
- Contribuir para a decisão clínica de iniciar, suspender ou alterar a terapêutica antimicrobiana;

4

## QUEM EXECUTA?

---

- Enfermeiro

- Médico

5

## CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS

---

A colheita do sangue para hemocultura é efetuada por **punção venosa** de qualquer das veias **periféricas**.

Na total impossibilidade de acesso venoso periférico considerar a **punção femoral**.

6

## CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS

---

A pele deverá estar **limpa**.

Se a pele estiver visivelmente suja, deverá ser limpa com **água e sabão** antes do início da realização da técnica de colheita, de modo a que o antisséptico atue convenientemente.

7

## CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS

---

Quando são realizadas mais do que uma hemocultura sequencialmente, devem efetuar-se as **colheitas em veias diferentes**.

**Não é recomendada** a colheita de sangue através **cateter intravascular central**, exceto no momento da sua colocação e desde que não exista quebra da técnica assética.

8

## CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS

---

Não aguardar pelo pico febril para colher sangue para hemocultura.

Colher de **2 a 3** hemoculturas num período de 24 horas, de preferência **antes do início da terapêutica antimicrobiana**.

9

## CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS

---

Existem na instituição quatro tipos de frascos de hemocultura: frascos para **aeróbios**, frascos para **anaeróbios** (adultos), frascos **pediátricos** e ainda frascos para detecção de **micobactérias**.

Verificar a data de validade dos frascos; não utilizá-los se apresentarem sinais de danos, deterioração ou contaminação.

10

## FRASCOS ANAERÓBIO E AERÓBIO



11

## FRASCOS PEDIÁTRICO E MICOBACTÉRIA



12

## CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS

Volume de sangue colhido	Quantidade a inocular em cada frasco
20 ml (ideal)	1.º - 10 ml no frasco anaeróbio (laranja) 2.º - 10 ml no frasco aeróbio (verde)
< 20 ml	1.º - 8 a 10 ml no frasco aeróbio (verde) 2.º - restante no frasco anaeróbio (laranja)
<10 ml (colheita muito difícil)	Inocular apenas o frasco aeróbio (verde)

13

## MATERIAL E EQUIPAMENTO PARA UMA HEMOCULTURA



Desinfecção da membrana de  
borracha dos frascos: Álcool  
isopropílico com etanol



- Antisséptico(s) alcoólico(s), nomeadamente para:

- Primeira desinfecção da pele: Álcool isopropílico com etanol;
- Segunda desinfecção da pele: Cloro-hexidina 2% em álcool isopropílico a 70% ou em alternativa: Álcool isopropílico com etanol.

14

## MATERIAL E EQUIPAMENTO PARA UMA HEMOCULTURA

---



15

## MATERIAL E EQUIPAMENTO PARA UMA HEMOCULTURA

---

- **Frascos de colheita** devidamente identificados (1 frasco aeróbios + 1 frasco anaeróbios)
- **Compressas esterilizadas**
- **1 seringa 20 ml**
- **1 agulha EV**
- **Garrote**
- **Luvas esterilizadas** (1 par) de tamanho adequado
- **Máscara cirúrgica**
- **1 penso rápido**

16



## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ANTES DA COLHEITA

---

- Higienizar as mãos.
- Preparar o material e levar para junto do doente.
- Proceder à **identificação positiva do doente** e informá-lo da técnica a realizar.
- Efetuar a **correta identificação** dos frascos de hemocultura, escrevendo:
  - Nome do doente,
  - Serviço e nº de cama,
  - N.º da hemocultura (1ª, 2ª ou 3ª),
  - Data e hora,
  - Local da punção,
  - Nome ou n.º mecanográfico de quem executa a colheita.

17

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ANTES DA COLHEITA

---

Identificar os frascos de aeróbios e anaeróbios devidamente emparelhados.

Os frascos da primeira colheita devem ser identificados como tal, para que não exista confusão com os da segunda colheita.



18

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ANTES DA COLHEITA

---

Caso seja usada a etiqueta do processo do doente para identificação dos frascos, esta deve ser colocada na zona adequada do frasco, preferencialmente na vertical, **sem cobrir o código de barras e sem cobrir o fundo do frasco.**

19

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ANTES DA COLHEITA

---

Se os antissépticos alcoólicos existentes são em “spray”, a segunda desinfeção da pele é feita antes da colocação das luvas esterilizadas.

O procedimento é preferencialmente executado por **dois elementos**, para evitar quebras na técnica assética:

- O segundo elemento faz a aplicação do antisséptico.

**A palpação da pele com a luva estéril só deve ser feita após a secagem do antisséptico**, para que não ocorra quebra da técnica assética.

20

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DURANTE A COLHEITA

---

### Ação

1. Higieniza as mãos;
2. Coloca a máscara cirúrgica
3. Coloca garrote e identifica a veia;
4. Efetua a primeira desinfecção do local a puncionar com antisséptico alcoólico: aplica antisséptico e fricciona com compressa estéril, em movimentos circulares do centro para a periferia;

21

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DURANTE A COLHEITA

---

5. Deixa secar o antisséptico (alivia o garrote);
6. Higieniza as mãos;
7. Abre campo estéril e coloca o material necessário;
8. Coloca os frascos próximos, fora do campo estéril. Remove as tampas de plástico;
9. Desinfeta as membranas de borracha com antisséptico alcoólico;
10. Aperta novamente o garrote
11. Repete a operação de desinfecção do local de punção com antisséptico alcoólico e deixa secar;

22

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DURANTE A COLHEITA

---

12. Higieniza as mãos;
13. Calca as luvas esterilizadas
14. Executa a punção venosa e colhe o volume de sangue necessário;
15. Retira o garrote e promove a hemóstase;
16. Inocula o sangue nos frascos (ver tabela acima) sem mudar de agulha;
17. Limpa as membranas de borracha dos frascos com compressa após inoculação;
18. Remove as luvas e higieniza as mãos;

23

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM APÓS A COLHEITA

---

Após a colheita, enviar os frascos o mais breve possível ao laboratório.

As amostras **não** devem permanecer mais de 1 hora no serviço, devendo ser mantidas a temperatura ambiente.

24

## NÚMERO E MOMENTO DE EXECUÇÃO DAS HEMOCULTURAS

---

- **Endocardite infecciosa:** Efetuar 3 hemoculturas no 1º dia. Se negativas às 24h a 48h, repetir colheita de 3 hemoculturas.
- **Doentes que já iniciaram terapêutica antimicrobiana:** a colheita deve ser realizada imediatamente antes da toma do antibiótico, ou seja, no vale de concentração mínima.

25

## NÚMERO E MOMENTO DE EXECUÇÃO DAS HEMOCULTURAS

---

- **Sepsis, meningite, pneumonia:** Colher sequencialmente em locais diferentes 2 a 3 hemoculturas.
- **Febre de origem desconhecida:** Colher inicialmente 2 a 3 hemoculturas. Se negativas entre as 24h e as 36h, efetuar mais 2 hemoculturas.

26

## COLHEITA DA PONTA DO CVC

---

- Não está indicado por rotina;
- Este deverá ser realizado quando o doente tem **CVC com sinais locais de infecção**;



27

## COLHEITA DA PONTA DO CVC

---

- O **diagnóstico da infecção nosocomial** da corrente sanguínea associada ao CVC só pode ser realizado quando o **microrganismo isolado na hemocultura é o mesmo que está presente na ponta do CVC**;
- Deverá ser colhida uma hemocultura periférica antes da remoção do CVC e outra 6 a 8 horas após.

28

## COLHEITA DA PONTA DO CVC

---

- Utilizar **técnica assética**;
- Material necessário:
  - Antisséptico alcoólico;
  - Compressas;
  - Bisturi;
  - Campo estéril;
  - Luvas;
  - Tesoura esterilizadas;
  - Frasco esterilizado.

29

## COLHEITA DA PONTA DO CVC

---

### Execução:

- Preparar o material (campo estéril aberto com compressas, bisturi, tesoura e frasco)
- Higienizar as mãos e calçar luvas limpas;
- Remover o penso do cateter e descartar;
- Descartar luvas limpas e higienizar as mãos;
- Desinfetar a zona de inserção do CVC com antisséptico alcoólico;
- Higienizar as mãos e calçar luvas esterilizadas;

30

## COLHEITA DA PONTA DO CVC

---

- Remover os pontos de fixação do CVC com recurso ao bisturi;
- Remover o cateter e cortar a ponta distal (5 cm), colocando-a diretamente no frasco estéril;
- Promover a hemostase e realizar penso compressivo.
- Remover as luvas e higienizar as mãos;
- Rotular devidamente as amostras;
- Enviar de imediato ao laboratório as amostras colhidas (ponta de CVC e 1.ª hemocultura)

31

## REGISTOS CLÍNICOS

---

### **Registos médicos:**

- Motivo da realização das culturas;
- Terapêutica antimicrobiana iniciada;
- *Timing* de início da terapêutica antimicrobiana (antes ou após realização das hemoculturas);
- Alteração da terapêutica antimicrobiana ou não após conhecimento de TSA.

32



# REGISTOS CLÍNICOS

---

## Registos de enfermagem:

- Locais de punção venosa usados;
- Hora de realização das culturas;
- Colheita difícil ou não (eventual quebra da técnica assética);
- Volume de sangue colhido, nomeadamente em caso de colheita inferior ao desejado (por ex.º se só conseguiu enviar frasco de aeróbios);
- Características do local de inserção do CVC (se colheita da ponta do mesmo).

33

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

A realização das hemoculturas deve obedecer a um conjunto de princípios, que podem ser resumidos em três “certos”:

- 1. Indicação certa:** realizadas por necessidade clínica e não por rotina;
- 2. Na altura certa:** antes do início da antibioterapia (se possível);
- 3. Com a técnica certa:** para evitar contaminação das amostras.

34

# Bibliografia

---

- Biomerieux, SA (s.d.). *Blood Culture: A Key Investigation for Diagnosis (Booklet)*. Disponível em: [www.biomerieux-diagnostics/sites/clinic/files/blood\\_culture\\_booklet.pdf](http://www.biomerieux-diagnostics/sites/clinic/files/blood_culture_booklet.pdf).
- Caldeira, D. [et al.] (2010). Skin antiseptics in venous puncture-site disinfection for prevention of blood culture contamination: systematic review with meta-analysis. *J Hosp Infect*, 77: 223-232.
- CHA (2015). *Protocolo de Atuação: Colheita de Sangue para hemocultura*. Documento Interno.
- Costa, P. [et al.] (2013). Hemoculturas. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, 32:25-30.
- CLSI (2007). *Principles and Procedures for Blood Cultures; Approved Guideline*. Wayne, Pennsylvania: Clinical and Laboratory Standards Institute. Disponível em: [www.biodiag.com.mx/pdf/bectondickinson/guia/procedimientosparacultivosanguineos.pdf](http://www.biodiag.com.mx/pdf/bectondickinson/guia/procedimientosparacultivosanguineos.pdf)
- Kiyoyama, T. [et al.] (2008). Isopropyl Alcohol Compared with Isopropyl Alcohol plus Povidone-Iodine as Skin Preparation for Prevention of Blood Culture Contamination. *J Clin Microbiol*, 47 (1): 54-58.
- O'Grady, N.P. [et al.] (2011). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*, 2011. CDC/HICPAC. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>
- PNCI (2014). *Orientações para a elaboração de um manual de boas práticas em bacteriologia*. Disponível em: [www.dgs.pt/upload/membro\\_id/ficheiros/i008546.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro_id/ficheiros/i008546.pdf).
- Septimus, Ed (2014) – *Clinician Guide for Collecting Cultures*. Disponível em: [www.cdc.gov/getsmart/healthcare/implementation/clinician/guide.html](http://www.cdc.gov/getsmart/healthcare/implementation/clinician/guide.html)

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

### SERVIÇO ESPECIALIDADES MÉDICAS

NOME DO FORMANDO: \_\_\_\_\_

#### Tema: HEMOCULTURAS – BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

DATA: 18/09/2015      HORÁRIO: das 15:00 às 16:00 horas      DURAÇÃO: 60 min

3. Complete o quadro relativamente ao volume de sangue colhido para hemoculturas, quantidade de sangue a inocular em cada frasco, e respetiva cor.

Volume de sangue colhido	Quantidade a inocular em cada frasco
____ ml (ideal)	1.º - ____ ml no frasco anaeróbio (cor do frasco: _____) 2.º - ____ ml no frasco aeróbio (cor do frasco: _____)
< ____ ml	1.º - ____ a ____ ml no frasco aeróbio (cor do frasco: _____) 2.º - restante no frasco anaeróbio (cor do frasco: _____)
< ____ ml (colheita muito difícil)	Inocular apenas o frasco aeróbio (cor do frasco: _____)

4. Classifique as afirmações em V e F.

- a) **Aguardar pelo pico febril** para colher sangue para hemocultura. \_\_\_\_
- b) **Não é recomendada** a colheita de sangue através **cateter intravascularcentral**, exceto no momento da sua colocação e desde que não exista quebra da técnica assética. \_\_\_\_
- c) **A palpação da pele com a luva estéril pode ser feita antes da secagem do antissético**, para que não ocorra quebra da técnica assética. \_\_\_\_
- d) A colheita da ponta do CVC deverá ser realizada quando o doente tem **CVC com sinais locais de infeção**. \_\_\_\_